



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Maria Ruth dos Santos

**Perfil dos agentes comunitários de saúde
da região de Juiz de Fora-MG**

Rio de Janeiro

2006

Maria Ruth dos Santos

**Perfil dos agentes comunitários de saúde
da região de Juiz de Fora-MG**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni.

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

S237 Santos, Maria Ruth dos.
Perfil dos agentes comunitários de saúde da região e Juiz de
Fora - MG / Maria Ruth dos Santos. – 2006.
172f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Saúde comunitária – Auxiliares – Juiz de Fora (MG) –
Teses. 2. Pessoal da saúde pública – Juiz de Fora (MG) – Teses. 3.
Política de saúde – Brasil – Teses. 4. Programa de Saúde da
Família (Brasil) – Juiz de Fora (MG) – Teses. I. Pierantoni, Célia
Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Maria Ruth dos Santos

**Perfil dos agentes comunitários de saúde
da região de Juiz de Fora-MG**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 10 de abril de 2006.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni (Orientadora)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Roberto Parada
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Maria Helena Machado
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira
Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos Em Saúde - UFJF

Rio de Janeiro

2006

DEDICATÓRIA

Para Daniel e Davi, filhos queridos.

AGRADECIMENTOS

O Doutorado e esta tese não teriam se realizado sem a **Célia**, que sempre acreditou em mim e me “puxou” até o fim. Obrigada pela amizade e por ter colocado à minha disposição seus valiosos conhecimentos e sua orientação firme e decidida.

Agradeço ainda:

- À minha família, em especial à Beth;
- À Tânia França, Teresa Varella e Valéria que, em suas labutas diárias no IMS, sempre encontraram um tempinho para me acarinhar, acolher, abrigar e atender, nas tantas idas-e-vindas ao Rio de Janeiro;
- Aos professores do IMS/PPGSC, em especial à querida Prof.^a Anna Maria Campos, que marcou e fez diferença em meu processo de doutoramento;
- Aos meus amigos que muito influenciaram a minha formação acadêmica, profissional e os rumos que tomei na vida;
- À equipe da Secretaria Acadêmica do IMS/UERJ, representados pela Márcia e Marcos Paulo, que sempre foram cuidadosos, zelosos e carinhosos comigo, em todas as questões que envolveram o Doutorado;
- Ao Márcio José Martins, que mesmo nos momentos de atribulação com a defesa de sua tese, não deixou de prestar seu auxílio imprescindível na organização estatística dos dados e informações para a minha pesquisa;
- Agradecimento especial aos agentes comunitários de saúde, equipes e usuários do Programa de Saúde da Família que se dispuseram a participar como sujeitos nesta pesquisa e,
- Ao amigo José Laerte Silva Barbosa, que demonstrou mais uma vez todo o seu valor e talento, ao franquear o acesso e colocar à disposição desta pesquisa todo o seu prestígio com as autoridades políticas e sanitárias dos municípios envolvidos.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

SANTOS, Maria Ruth dos. *Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora – MG*. 2006. 172 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

Esta tese trata do perfil sócio-demográfico, político e de atividades dos agentes comunitários de saúde que atuam há mais de um ano em unidades de saúde da família, integrantes da rede assistencial de sete municípios da região de saúde de Juiz de Fora - MG. Considera a percepção do próprio agente comunitário de saúde sobre o seu trabalho, a concepção das equipes e coordenadores do programa e a visão dos usuários. Apoiar-se, na interação entre as metodologias qualitativa e quantitativa, atuando de forma complementar, sendo seus principais resultados: (i) o perfil social dos agentes no que concerne aos aspectos de residência, segue os requisitos propostos pelo programa nacional. Quanto aos aspectos de liderança e ajuda solidária, somente uma pequena parcela já desenvolvia ações sociais e de solidariedade com sua comunidade, não sendo referência para a mesma, em termos de saúde, (ii) o perfil de atividades se prende às diretrizes e normas ditadas pela política de saúde vigente, emanadas das Secretarias Municipais de Saúde, reforçando a dimensão técnica universalista do seu trabalho.

Palavras-Chave: Agente comunitário de saúde. Programa de Saúde da Família. Agente de saúde. Auxiliar de saúde. Auxiliar médico.

ABSTRACT

This thesis is aimed at establishing a socio-demographic, political and activities profile of Community Health Agents with one or more years of activity in the Family Health Units of the social assistance network in seven municipalities in the region of Juiz de Fora, state of Minas Gerais, Brazil. It considers the perception and views of Community Health Agents on their own work individually and as a team, their program coordinators and patients. It is supported by arguments in both qualitative and quantitative methodologies, considered in a complementary shape, and its main results are: (i) the social profile of the Agents, in regard to residence aspects, follows the requirements considered for the national program. In regard to aspects of leadership and humanitarian aid, only a small amount had previously developed social or humanitarian actions within their communities, and are not considered a reference by the people in health matters, (ii) the profile of activities is directly attached to the guidelines and norms established by the current health policy emanated from each of the municipalities' Departments of Health, strengthening the universalist technical dimension in their work.

Keywords: Community health agent. Family Health Program. Health agent, Health assistant, Medical assistant

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Mapa de Minas Gerais com divisão em DADS	67
GRÁFICO 1	Número de equipes de PSF e de municípios em MG	77
GRÁFICO 2	Linhagem na Saúde dos Agentes	84
FIGURA 2	Empregos anteriores dos Agentes	89
GRÁFICO 3	Motivos referidos pelos Agentes para procura fora do horário ..	93
GRÁFICO 4	Modalidades de contratação dos Agentes	95
GRÁFICO 5	Tipos de Vínculos dos Agentes	95
GRÁFICO 6	Concurso Público/Processo Seletivo dos Agentes	95
GRÁFICO 7	Medidas indicadas pelos Agentes para melhorias	102
GRÁFICO 8	Mudanças de hábitos/atitudes/comportamentos indicadas pelos usuários	114
GRÁFICO 9	Motivos alegados pelos usuários para satisfação com as visitas dos agentes	116
GRÁFICO 10	Melhorias apontadas pelos usuários do PSF após ingresso dos Agente	117
GRÁFICO 11	Processos de trabalho	118
GRÁFICO 12	Visitas	119
GRÁFICO 13	UBS	120

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Dados de Juiz de Fora	68
QUADRO 2	Números de agentes comunitários de saúde e de usuários por município, incluídos no estudo	70
QUADRO 3	Características sócio-demográficas dos agentes comunitários de saúde	80
QUADRO 4	Freqüência dos cursos profissionalizantes dos agentes comunitários de saúde	83
QUADRO 5	Cursos pretendidos pelos agentes comunitários de saúde	83
QUADRO 6	Participação sócio-política dos agentes comunitários de saúde	87
QUADRO 7	Características do trabalho dos agentes comunitários de saúde	90
QUADRO 8	Freqüência de execução de ações pelos agentes comunitários de saúde	97
QUADRO 9	Freqüência de abordagens dos temas	98
QUADRO 10	Atividades realizadas na comunidade pelos agentes comunitários de saúde	99
QUADRO 11	Principais dificuldades apontadas pelos agentes comunitários de saúde	100
QUADRO 12	Perfil sócio-demográfico dos usuários	109
QUADRO 13	Relações prévias usuários e agentes comunitários de saúde .	110
QUADRO 14	Percepção dos usuários sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde	111
QUADRO 15	Perfil do trabalho do agente comunitário de saúde segundo usuários	112
QUADRO 16	Freqüência dos motivos alegados pelos usuários para indisponibilidade dos agentes comunitários de saúde	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASC	Agente de Saúde Comunitário
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DAB	Departamento de Atenção Básica
DADS	Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FSESP	Fundação Especial do Serviço Público
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JF	Juiz de Fora
MS	Ministério da Saúde
MG	Minas Gerais
NOB	Norma Operacional Básica de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PLUS	Programa de Localização de Unidades de Saúde
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PREV SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROJETO DEVALE	Programa de Expansão de Serviços Básicos de Saúde do Vale da Ribeira

PSF	Programa de Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SPS	Secretaria de Política de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanha
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS	18
1.1	Os médicos dos pés-descalços da China	20
1.2	Os Feldhers da Rússia	24
1.3	Os agentes de saúde comunitários da África	24
1.4	Os agentes de saúde comunitários do Sudão	26
1.5	Os auxiliares médicos da Tanzânia	28
1.6	Os promotores rurais do Haiti	31
1.7	Os promotores voluntários de saúde do Peru	33
1.8	Os auxiliares de saúde comunitária da Jamaica	34
1.9	Os agentes comunitários de saúde da Bolívia	36
1.0	Os agentes locais de saúde das Filipinas	37
1.11	Os funcionários de saúde pública da Índia	38
1.12	Voluntários para a saúde no Nepal	39
1.13	Os auxiliares de enfermagem da Venezuela	40
2	AS NOSSAS EXPERIÊNCIAS E MODELOS: O BRASIL	44
2.1	O agente comunitário de saúde do Ceará	53
3	A DÉCADA DE 90: O LANÇAMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA O PAÍS	52
3.1	A conjuntura político-econômica e as reformas do Estado	52
3.2	O Movimento da Promoção da Saúde	56
3.3	O movimento de consolidação do SUS universal	58
3.4	A necessidade de enfrentamento da ameaça da epidemia de cólera	60
3.5	O reconhecimento e incorporação da experiência do Ceará	60
4	METODOLOGIA	65

5	OS RESULTADOS DO PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	75
5.1	Caracterização da região	75
5.2	A percepção do próprio agente comunitário de saúde	79
5.3	A concepção das equipes e coordenadores do programa saúde da família	102
5.4	A visão dos usuários	108
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	126
	ANEXO A – Relatório da observação do trabalho do ACS em uma unidade básica de saúde de Juiz de Fora	133
	ANEXO B – Formulário para entrevista com agente comunitário de saúde	136
	ANEXO C – Formulário para entrevista em domicílio	151
	ANEXO D – Roteiro para perguntas no grupo focal	159

INTRODUÇÃO

A idéia inicial para o projeto de pesquisa do perfil do agente comunitário de saúde (ACS) surgiu em 1994, na Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, época em que participei do grupo de coordenação do processo de implantação das dez equipes pioneiras de saúde da família, no município. O projeto de incorporação dos agentes inicialmente foi rejeitado pelo Conselho Municipal de Saúde, sob alegação de discordância das concepções e pressupostos oficiais então vigentes no Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde (MS), notadamente no que se refere ao perfil de atividades desse “novo” personagem que, no nosso entendimento, limitado à época, sobrepunha parcialmente ao de outros ofícios já regulamentados e tradicionais da saúde, como os da área de enfermagem.

Vida que segue, desde a institucionalização inicial dos agentes, a partir de um projeto emergencial de calamidade no Ceará nos anos 80, até os dias atuais, o seu número no Brasil chegou a 204 mil¹, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas, quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados, sendo o ofício reconhecido como profissão recentemente².

De acordo com o documento legal, o agente é um profissional da área de saúde integrante da equipe de saúde da família, com exclusividade de exercício no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Realiza, sob supervisão do gestor local, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema.

Deve preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: residir na área da comunidade em que atuar ter concluído curso de qualificação básica e o ensino fundamental.

A profissão tem alguns condicionantes censitários restritivos - residência no local - e de formação - conclusão de curso de qualificação básica. O seu perfil de atribuições, antes intensivo em ações voltadas para o foco materno-infantil, envolve

¹ Dados On-line: disponível na internet via <http://www.portal.saude.gov.br/saude/assunto/saudedafamilia>. Arquivo consultado em 22 jan. 2006.

² Consultar a lei 10. 507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

atualmente competências para atuação no apoio às famílias e coletivos sociais, além de concentrar atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças ou pela mobilização de recursos e práticas sociais para intervenção no campo político e social numa micro-área de ação.

O seu perfil, residência na comunidade, o que pressupõe compartilhamento de valores e interesses sedimentadores de uma identidade coletiva, possivelmente tem reflexo na representação de atribuições, já que o território é o âmbito de validade da profissão e de sua atuação. A matriz da figura do agente de saúde assenta-se, conforme preconizado pelas instituições oficiais, em dois aspectos: identidade com a comunidade e pendor para a ajuda solidária.

Esses traços identificadores, incomuns em outros profissionais de saúde, permitem que se possa cumprir a missão básica de execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito da comunidade em que reside e na qual tenha liderança, manifestando solidariedade entre os seus pares. “O papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia humana ou cultural a seu perfil ocupacional” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p.7). Esses requisitos quando presentes, freqüentemente o qualificam como um trabalhador “sui generis” ou fora do comum.

A discussão a cerca do perfil, gera numerosas controvérsias e suscita questões polêmicas no debate atual sobre formação/qualificação profissional dos trabalhadores de saúde³ para o alcance de avanços efetivos na implementação do SUS, segundo os princípios da reforma sanitária e da humanização da atenção.

O agente comunitário ao exercer a função de elo entre políticas públicas de saúde e comunidade se coloca no centro de distintas concepções ético-políticas de projetos diferenciados.

[...] tanto para a visão comunitarista como para a visão estatista têm faltado abordagens e instrumentos adequados de preparação do ACS – o que parece indicar que o Estado ainda não aprendeu a lidar com essa figura do ponto de vista educacional, da mesma maneira como ainda não sabe que estatuto lhe conferir de um ponto de vista trabalhista (NOGUEIRA, 2002, p. 92).

³ Em 2005, o Ministério da Educação e o da Saúde, aprovam o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional. O perfil de conclusão a ser alcançado envolve a articulação de seis competências, em que cada uma expressa uma dimensão da realidade do trabalho e os itinerários formativos por etapas.

Na atualidade, os fatores específicos que impulsionaram a criação dos agentes no Nordeste, quais sejam: o difícil acesso aos serviços formais de saúde, a carência de informação da população sobre maneiras eficazes de proteger por ela mesma a sua saúde; o desconhecimento sobre o funcionamento dos serviços e as limitações do trabalho educativo promovido nas unidades de saúde por profissionais; são potencializados por outros componentes e determinantes que a eles se agregam nas grandes cidades.

Os sistemas de saúde das médias e grandes cidades apresentam dificuldades resultantes da junção de vários fatores como: alteração do perfil de morbi-mortalidade decorrente da transição epidemiológica⁴, com quadro pontuado pela presença das doenças crônico-degenerativas, gravidez na adolescência, AIDS e agravos oriundos dos altos níveis de violência urbana, desigualdades sócio-econômicas entre as várias áreas da cidade com reflexos tanto na distribuição da rede de serviços, como no perfil da demanda e nos acessos diferenciados, existência prévia de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais de saúde, maior nível de organização das entidades de profissionais que freqüentemente geram tensões quanto às mudanças nos processos na área e no modelo medicalizado das ações de saúde, que não congrega ações de promoção, prevenção e recuperação em seu âmbito de atuação.

Neste contexto, de outros fatores específicos, como violência, poluição, diferentes modalidades de assistência, desemprego, concomitância de riqueza econômica e miséria social, extensão territorial, alta densidade demográfica, aumento da população idosa, convivência com diversas etnias, favelas, cortiços, correntes migratórias, crescimento desordenado, invasão de áreas, população carente; dentre outros, colocam a necessidade de reflexões da adequação do perfil do agente comunitário de saúde a realidades sócio-sanitárias que exigem intervenções mais complexas.

No Brasil, nas últimas duas décadas a inserção do agente comunitário vem experimentando diversos movimentos, o que implica revisão de práticas, métodos e dos múltiplos papéis desempenhados, como:

⁴ O conceito de transição epidemiológica envolve mudanças nos padrões de mortalidade e morbidade de uma comunidade. No Brasil, ocorre superposição nos padrões de mortes e doenças infecciosas - parasitárias e da deficiência nutricional, com as crônico-degenerativas e aquelas provocadas pela ação do homem, como as causas externas - acidentes e violências de uma forma geral.

- A atuação isolada no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sem o suporte da equipe de saúde da família, para o casamento com a Saúde da Família, potencializando seu trabalho e a estratégia de mudança de modelo de atenção à saúde.

- A característica de ruralidade do PACS e do trabalho limitado às comunidades rurais e áreas periurbanas, definido em suas origens, para a entrada em contextos sócio-econômicos distintos em grandes centros urbanos e regiões metropolitanas.

- O cenário da atenção primária em saúde e o trabalho com base na teoria da multicausalidade do processo saúde/doença, com enfoque clínico-preventivista e os objetivos da busca da 'Saúde para Todos no Ano 2000', para atuação na atenção básica, onde prevalece a teoria da determinação social da saúde, de acordo com os princípios fundamentais da integralidade, qualidade, equidade e participação social - pressupostos da reforma sanitária brasileira - e o entendimento da saúde enquanto direito de cidadania.

O objeto da investigação é traçar o perfil sócio-demográfico, político e de atividades dos agentes comunitários de saúde que atuem há mais de um ano em unidades com o PSF em funcionamento. As unidades de saúde integram a rede assistencial de municípios de portes diferenciados, integrantes da região de saúde de Juiz de Fora – Minas Gerais.

O levantamento do perfil considera a percepção do próprio agente comunitário sobre o seu trabalho, a concepção das equipes de saúde da família e coordenadores de nível central do Programa e a visão dos usuários das unidades de saúde, incluídas no estudo.

Por ser tratar de uma realidade ainda muito recente, corre-se o risco de não possuir elementos suficientes para emitir declarações conclusivas ou propor julgamentos seguros sobre o tema.

Apesar disto, admite-se que o desafio se torna ainda maior. Acredita-se que as informações obtidas possam, simultaneamente, revelar elementos que possibilitem reflexões sobre o cotidiano profissional e social dos agentes e descortinar novas perspectivas para o entendimento de sua agenda de trabalho em sistemas locais de saúde, em contextos distintos e diferenciados, identificando como e por que as prescrições se modificam na realidade concreta de cada lugar.

Espera-se que os resultados se agreguem a outros produzidos sobre o assunto, projetando luz e caminhos para que novos estudos sejam possíveis e possam ser úteis para formuladores de política, gestores, profissionais de saúde, os próprios agentes comunitários e tantos outros que se empenham em sua luta diária, na melhoria da proposta estratégica da Saúde da Família e na construção social de um sistema público, verdadeiramente universal para todos os brasileiros, conforme previsto em nossa legislação.

No capítulo inicial, a guisa de traçar um referencial no mundo, apresenta-se algumas experiências internacionais de sistemas de serviços de saúde e programas que utilizam recursos da comunidade com o objetivo de melhorar a situação de saúde de suas populações.

No segundo capítulo, são apontados as experiências e modelos adotados pelo Brasil que envolveram a inserção de trabalhadores recrutados na própria população, antes do ressurgimento dos agentes comunitários de saúde, nos anos 80, no Nordeste brasileiro.

No terceiro capítulo, analisa-se os movimentos identificados na conjuntura da década de 90, que sinergicamente contribuíram para a incorporação dos agentes comunitários pelo PACS, no país.

No quarto capítulo, é apresentada a metodologia e são feitas considerações gerais sobre pressupostos e definições teórico-conceituais utilizadas na elaboração deste trabalho.

No quinto capítulo, configura-se os resultados da pesquisa sob a perspectiva dos distintos atores envolvidos no trabalho do agente comunitário de saúde: o próprio agente, os usuários, as equipes de saúde da família e coordenadores do programa.

E, finalmente, no último capítulo, discute-se os desafios, possibilidades e perspectivas, com base nos resultados obtidos.

1 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

O sistema de serviços de saúde de qualquer país tem como metas principais promover e responder aos problemas, de acordo com as necessidades de suas populações.

Os sistemas podem fazê-lo, orientando a organização dos conhecimentos disponíveis e dos recursos, adaptando-os ao próprio estágio e padrão de organização social.

Não há uma solução única para os países, mas boas ou más formas de organização, segundo a opção escolhida e incorporada às políticas e estratégias nacionais de saúde, alcançando diferentes significados sociais e representando muitos e variados contextos culturais.

É amplamente reconhecido que grande parte dos problemas estão referidos ao contexto mais amplo das relações sociais, nas quais os indivíduos estão inseridos e que a assistência médica tradicional não tem sido capaz de, isoladamente, responder a este quadro complexo das necessidades de saúde das populações.

Se lembrarmos ainda da constatação,

De que a medicina científica é apenas um dos caminhos (talvez o mais elaborado) de conhecimento e intervenção no processo de adoecimento e de cura e que os nossos pacientes trazem outras visões e saberes válidos (porque integrados em sua cultura e em sua realidade material de vida) e que não podem ser apagados durante a consulta, não resta alternativa que aprendermos a construir as condutas terapêuticas através do diálogo (VASCONCELOS, 1991, p.23).

O conjunto de necessidades e tarefas da saúde, historicamente, tem entre os que a exercem, os praticantes tradicionais, mantidos vivos até os dias de hoje pelas parteiras,⁵ curandeiros, dentre outros, que embora com conhecimentos e repertórios técnicos limitados, conseguem tratar a pessoa como um todo, identificar suas necessidades e relacioná-las com a sociedade em que ambos vivem.

Hoje, os conhecimentos e a experiência desses praticantes de saúde, antes combatidos, estão sendo aproveitados, aperfeiçoados e incorporados, em diversos

⁵ Segundo a OMS, o número de parteiras tradicionais em treinamento aumentou rapidamente: em 1972, apenas 37% dos 154 Estados-Membros tinham programas de treinamento; em 1982, a cifra correspondente havia subido para 82%. As parteiras tradicionais continuam atendendo a 60-80% dos nascimentos no mundo.

sistemas de serviços de saúde do mundo, que perceberam que essas práticas empíricas constituem valioso recurso.

Sempre houve um núcleo básico de gente envolvida em cuidados de saúde, do indivíduo à mãe, ao vizinho, ao curandeiro tradicional, ao voluntário, ao auxiliar leigo, indo até aos que a exercem oficialmente.

De tal forma colocadas, este conjunto de necessidades e tarefas de saúde e os seus praticantes tradicionais e oficiais, em maior ou menor amplitude, têm sido incorporados nas estruturas organizativas dos sistemas de serviços de numerosos países para o enfrentamento dos problemas e prioridades locais, seja reforçando os sistemas existentes ou estabelecendo novas estruturas.

Alguns países já tomaram a iniciativa de mostrar de que maneira responderam aos problemas mediante o reconhecimento das funções que podem desempenhar auxiliares da própria comunidade, seja atuando em bases voluntárias, como intermediários entre o sistema formal e os moradores, seja estabelecendo ou reforçando programas oficiais de emprego de agentes comunitários de saúde, atuando em seus lugares de procedência em diferentes culturas e contextos.⁶

Essas estratégias refletem experiências únicas de enfrentamento de desafios que certamente suscitam alterações em suas próprias responsabilidades em assuntos de saúde e nas comunidades atendidas nos diferentes países que os utilizam, em distintos momentos históricos.

A aproximação entre algumas experiências internacionais que utilizam recursos da própria comunidade e os contemporâneos agentes comunitários de saúde, no Brasil, pode trazer elementos que auxiliem na compreensão das dinâmicas específicas que envolvem a sua atuação e ser eficaz para mostrar exclusividades e razões de ser próprias em espaços sociais definidos, onde esses recursos tenham sido socialmente demandados ou institucionalmente legitimados.

O objetivo deste capítulo não é o de repassar todas as experiências empreendidas pelos países, dado o escopo deste trabalho, nem assumir a noção de agente comunitário de saúde como um conceito totalizante, com a mesma validade em qualquer país e circunstância.

⁶ Muitos países e distintos programas os nomeiam de diferentes maneiras: educador de bem-estar da família (Botswana); médico rural e ajudante sanitário (China); trabalhador de saúde comunitário (Etiópia); ajudante de saúde da comunidade (Índia) e agente de saúde do povo (Nigéria). Consultar: OMS. *Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitarios en la atención primaria de salud*. Serie de Informes Técnicos 780. Ginebra: OMS, 1989.

Pretende-se, tão somente, situar um referencial no mundo como pano de fundo com o qual podemos pensar a realidade brasileira pelo conhecimento das ricas e vastas experiências internacionais, onde pessoas da população coordenaram e mediaram relações entre a própria comunidade e os serviços de saúde na implementação de estratégias e no desenvolvimento e expansão da saúde comunitária.

Experiências diversificadas, lugares diferentes e resultados vários não têm precisamente o mesmo sentido em contextos culturais, mas podem trazer elementos que auxiliem na compreensão da nossa realidade e o conceito em que se baseia a existência dos próprios agentes comunitários de saúde, uma vez que sua matriz pode ser observada nas experiências vividas, tanto em outros países, como no Brasil, com distintas denominações.

1.1 Os médicos dos Pés-Descalços da China

Vem da China, país predominantemente agrícola, com parcelas significativas da população vivendo no campo e antes mesmo dos comunistas conquistarem o poder, uma das experiências pioneiras neste campo. Nesse país, a maioria dos camponeses não tinha acesso nem à medicina moderna, nem à medicina tradicional.

Os praticantes da medicina tradicional compreendiam desde os ditos sábios, de longa barba, alta cultura e erudição, até a dos médicos itinerantes que mal sabiam ler. Alguns tinham praticado sob a orientação de médicos famosos, outros, descendentes de longa linhagem de curandeiros, guardavam a sabedoria médica do clã, outros ainda, mais ligados ao solo aprenderam a combinar e fazer infusões com as ervas medicinais para então utilizá-las.

Já os que exerciam a denominada medicina moderna eram provenientes de escolas de medicina clássica treinados em escolas médicas do exterior. O fato é que, chinês ou estrangeiro, grande parcela dos médicos modernos tinha uma característica em comum: concepção e prática orientada para o ocidente.

Em muitas localidades, um camponês, com habilidades para a acupuntura ou para a manipulação tratava dos doentes, sendo muito procurado por todos. A exemplo das corporações de ofício da Idade Média, o treinamento dos novos era repassado por tradição, aprendendo na prática o exercício do ofício e o manejo das ervas silvestres medicinais para as infusões.

Embora analfabetos e praticantes de uma medicina empírica, rudimentar, à margem dos doutores tradicionais, adquiriam rápida reputação e êxito em sua atuação, contribuindo para criar o clima social para o subsequente treinamento dos verdadeiros doutores camponeses (HORN, 1979).

Práticas supersticiosas eram muito utilizadas nos campos chineses onde pobreza, analfabetismo, falta total de saneamento e fome, favoreciam um quadro marcado por doenças, mortes prematuras, desassistência, desamparo social, falta de recursos financeiros e carência de pessoal com experiência para o trabalho em saúde.⁷

Em 1958, após a revolução e o estabelecimento das Comunas Populares por toda a região agrícola, concomitante às definições do governo comunista de indicar a agricultura como base da economia nacional e priorizar a reorganização dos insuficientes serviços de saúde pública do campo, a situação começa a se modificar.

A nova política foi posta em prática por diferentes caminhos. Um deles, a constituição de equipes itinerantes, composta por médicos recém-formados, médicos experientes e diferentes especialistas para prestarem serviços de prevenção e tratamento. O trabalho terapêutico ou curativo efetuado pelos médicos acontecia nas clínicas centrais recém construídas, nas pequenas clínicas, alojadas em típicas moradias de camponeses e nas casas dos enfermos.

Outra tarefa atribuída às equipes médicas itinerantes era o treinamento de um corpo auxiliar médico, cujos participantes deveriam ser selecionados entre as pessoas do lugar. Responsabilizavam-se ainda pela formação de um sanitarista voluntário – lavradores treinados em primeiros socorros, pequenos acidentes, processos de proteção da água, esgotos sanitários e saneamento - e pela capacitação das parteiras das aldeias.

O corpo auxiliar médico, após recrutamento local e o término das tarefas da colheita no campo, iniciava um processo de treinamento nas clínicas gerais, por curto período de tempo, para preparação para o trabalho nas aldeias onde viviam. Ainda segundo Horn (1979) o objetivo não era tão somente o de distribuir o conhecimento médico, mas contribuir para o surgimento de um novo tipo de trabalhador rural na área de saúde, com mentalidade socialista, que sustentasse uma estreita relação com os habitantes das localidades e permanecesse no campo.

O auxiliar médico chinês possui uma característica que o singulariza e distingue: a intimidade com os pacientes - sua própria gente - existindo fé e confiança recíprocas. Concomitantemente, ele é um lavrador e um médico, não mergulhado no profissionalismo estreito da medicina e nem distante mentalmente do povo a quem serve, por continuar sendo um lavrador igual a todos os demais membros da coletividade. Esses auxiliares, por suas características especiais, ficaram conhecidos no mundo todo, desde então, como os “médicos dos pés-descalços”.

Desta forma, foi possível aumentar rapidamente o contingente de pessoal médico em serviços no campo e formar um tipo de médico diferente dos padrões tradicionais, que tem os pés e raízes fincadas integralmente naquelas realidades e que “são capazes de prescrever cerca de 100 preparados medicinais e de diagnosticar e curar cerca de 100 doenças comuns que ocorre freqüentemente em zonas rurais” (HORN, 1979, p. 213).

Podem fazer acupuntura e curar doenças comuns mais graves nas zonas rurais, como o sarampo, a pneumonia e a pleurisia. Afirma-se que alguns deles demonstram maior capacidade prática do que alguns médicos das clínicas comunitárias, os quais embora formados numa escola de medicina freqüentemente carecem de experiência prática.

O médico-descalço é responsável pela coleta, tratamento, armazenamento e a utilização de fezes humanas como fertilizante. Dirige campanhas contra pragas de insetos e entre os seus deveres de educação sanitária, incluem - se o ensino da higiene a companheiros de sua comuna e informações em matéria de planejamento da família, bem como a colheita e o preparo das ervas medicinais tradicionais para administração aos doentes.

Seu treinamento geralmente dura cerca de três meses, mas pode não passar de algumas semanas. O método de treinamento sofre grandes variações em diferentes partes da China. Mas na maioria das regiões, o treinamento é tarefa que cabe principalmente a equipes volantes de médicos e enfermeiras de hospitais urbanos que trabalham em rodízio nas zonas rurais, provendo os camponeses de tratamento médico e educação em saúde. Também se proporciona treinamento ao nível de hospital comunitário e distrital.

⁷ O autor descreve em seu livro numerosas experiências no campo da saúde e da experimentação científica: relata o trabalho dos médicos dos pés-descalços, que atendem tratamentos terapêuticos e preventivos, sem

O exercício da medicina não se faz isoladamente, mas sob contínua supervisão das equipes médicas volantes, às quais podem recorrer para fins de consulta. Estudam assiduamente e têm fácil acesso aos hospitais distritais e às clínicas comunitárias. Periodicamente, são enviados aos hospitais urbanos para cursos avançados ou de atualização. A maioria dos hospitais-escola proporciona cursos a médicos camponeses, que também são incentivados a realizar trabalhos de pesquisa e a contribuir para publicações médicas.

Ooi (1993), ao analisar o futuro da medicina tradicional da China, relata que essa prática segue sendo utilizada por grande número de pessoas, em alguns países do leste e sudeste da Ásia. No entanto, o uso de seus medicamentos parece, na atualidade, ter preferência sobre o aspecto assistencial e revela existir certa inquietude acerca do futuro profissional dos médicos que a ela se dedicam. A medicina chinesa ocupa um lugar complementar e preenche uma lacuna quando a medicina ocidental resulta ineficaz ou ineficiente. Além disto,

O costume generalizado de comprar fármacos de ambos tipos de vendedores chineses com fins de automedicação tende a perpetuar o aspecto comercial da tradição e colocar esses médicos em uma situação difícil. Eles já não são os únicos que controlam a medicina chinesa ou que têm a prerrogativa de exercê-la: empresários que conhecem os remédios e os insumos médicos prestam também serviços de assistência sanitária (OOI, 1993, p.87).

O sistema chinês de médicos de pés-descalços vem experimentando importantes ajustes desde os primeiros anos do decênio 1980-89, segundo a OMS. O Ministério da Saúde Pública da China, em 1994, determinou que a denominação médico-descalço não fosse utilizada, passando a designar os praticantes de saúde que alcançam aprovação nos exames empreendidos de “médicos rurais” e os que não conseguem, “ajudantes sanitários”.

Independentemente das designações e das perspectivas, o sistema de médicos-descalços constitui-se em uma referência importante de um país que, em escala mais ampla, utiliza auxiliares escolhidos pela comunidade, moradores das localidades onde trabalham que, após períodos curtos de treinamentos, são capazes de dispensar tratamentos, medicamentos, realizar intervenções e promover a saúde individual, coletiva e do meio ambiente.

1.2 Os Feldshers da Rússia

A história mais longa de utilização desses auxiliares é a da Rússia (ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), que agora apresenta um dos mais altos coeficientes de médicos por 10 mil habitantes e ainda prepara igual número de médicos e de feldshers, cerca de 30 mil por ano.

Na maioria dos centros urbanos de saúde, pode-se comparar o papel da feldshers com o de uma enfermeira-chefe qualificada. Em zonas rurais, as unidades periféricas de saúde que não contam com o serviço permanente de um médico são entregues aos cuidados de feldshers e parteiras. Tem-se delegado progressivamente novas responsabilidades às feldshers que, na atualidade, tendem a se especializar como auxiliares de saúde pública, de laboratório e nos serviços de emergência.

Numa zona rural de 10 mil habitantes que chega a ter 14 médicos, seu contato com a população é mantido por uma rede de feldshers e parteiras. Eles dão supervisão e apoio a essa equipe de auxiliares, a qual geralmente se proporciona programa de atualização, a cada três ou cinco anos.

Os feldshers, assistentes de um doutor médico, graças ao trabalho, dedicação, prestígio e reputação adquirida acabaram por ostentar de igual maneira, o título de doutor. A missão e o treinamento que os feldshers recebem não os credenciam para assistir os problemas médicos mais sérios. Entretanto, com a prática e a experiência adquirida, angariam a confiança dos povos e obtêm permissão para tratar desses problemas, desempenhando um papel complementar à força médica para atender as demandas da população, geralmente em áreas rurais.

1.3 Os agentes de saúde da comunidade em países da África de língua francesa

A política de saúde dos países africanos de língua francesa,⁸ antes de Alma-Ata⁹, priorizava as organizações hospitalares e centros de saúde para

⁸ Abidjân, Argel, Antanativo, Bangiu, Brazzaville, Dakar, Túnez, Yaundê e outros fazem parte deste conjunto de países.

⁹Essa conferência foi organizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas, em setembro de 1978, em Alma - Ata, República do Cazaquistão (na época, integrado à União das Repúblicas

atendimento basicamente curativo. Uma rede de serviços de higiene e educação sanitária, direcionada à população urbana, em detrimento das populações rurais, que eram maioria, juntava-se à estrutura. Em muitos países, o modelo adotado resultou ineficaz, impróprio nos princípios, na organização e aplicação prática.

Após Alma-Ata, os países se comprometeram com o desenvolvimento sanitário da região, sendo firmados compromissos, traduzidos em diversos documentos, que explicitavam os esforços que deveriam ser empreendidos em função da saúde de todos os africanos.¹⁰

As estratégias foram direcionadas para a organização da atenção primária, integrando os programas de saúde e introduzindo a educação sanitária, como meio de favorecer a auto-suficiência, a responsabilidade pessoal pela saúde e o compromisso comunitário.

A atenção primária recrutou para seu funcionamento os agentes da comunidade, que nos povoados e aldeias, ocupam a primeira linha do sistema de saúde e os agentes ordinários, como médicos, farmacêuticos, biólogos, técnicos de saneamento e administradores sanitários.

Os agentes de saúde da comunidade enfrentam vários problemas como treinamento, contratação, quantidade, distribuição territorial, prestação de serviços. Entre 1983-84, a disponibilidade de agentes de saúde da comunidade variava entre 1,1 a 2,2 por 10 000 habitantes, o que significa que poucas comunidades rurais podiam dispor de seus serviços; sendo que muitos abandonaram os seus postos de trabalho.

Para Yangni-Angaté (1991), é imprescindível, por conseguinte, revisar o programa de agentes de saúde da comunidade. Segundo o autor, devem ser modificadas as formas de recrutamento e seleção, treinamento, supervisão e redimensionadas as obrigações dos agentes em nível local, sendo que os seus conhecimentos empíricos necessitam de avaliação periodicamente.

A utilização de agentes de saúde da comunidade em países africanos pós Alma-Ata, se dá em um contexto de um sistema marcado pela desigualdade na

Socialistas Soviéticas). A sua meta consensualmente aprovada ficou conhecida como "Saúde para Todos no Ano 2000".

¹⁰ Como por exemplo, o Plano de Ação e a Declaração Final de Lagos, (1980), o Programa de Ajuste Estrutural e o Programa Prioritário para a Reestruturação Econômica da África (1986-90), além do Programa de Ação das Nações Unidas para Recuperação Econômica e Desenvolvimento da África (1980-90)

provisão de atenção para as zonas urbanas e rurais, com péssimas condições de vida, pouca atenção ao meio ambiente, às moradias, ao abastecimento de água potável, expressão maior de grandes deficiências econômicas e financeiras.

Esses países têm ainda outros óbices estruturais no próprio sistema para incrementar o desenvolvimento de suas populações: crise econômica e deterioração das relações comerciais, serviço da dívida, ajuste estrutural e suas conseqüências sociais. E ainda, às catástrofes naturais e enfrentamentos civis se juntam as explosões demográficas e o caráter disperso de suas comunidades, chegando, às vezes, até ao isolamento, em função da deterioração da malha rodoviária. O resultado disto é que faltam medicamentos e meios de transporte, equipamentos, recursos logísticos, quantidade e qualidade de recursos humanos e participação comunitária.

Yangni-Angaté (1991), sugere que, entre os dirigentes políticos, administradores e, sobretudo, entre os universitários, impera uma incompreensão acerca do conceito de atenção primária em saúde, o que faz com que, freqüentemente, a vinculem às experiências desenvolvidas no meio rural, muito antes dos países africanos alcançarem a independência.

1.4 Os agentes de saúde comunitários do Sudão

Alguns anos antes da Conferência da OMS/UNICEF sobre Cuidados Primários de Saúde, o Sudão já havia reconhecido ser possível prestar uma forma fundamental de serviços médicos rurais, “os cuidados primários de saúde”, desde que houvesse participação da comunidade. O planejamento começou em 1974.

Assim, o maior país da África, saltou à frente de muitos outros estados africanos em matéria de prestação de serviços, implantando na maioria das 18 províncias alguma forma de atenção à saúde, em nível local. No Sudão, o termo primário, significa o mínimo absoluto compatível com a eficácia do tratamento. Atribui-se importância principalmente à educação da população rural, inclusive dos nômades, em matéria de higiene e sobre como tomar precauções simples a fim de evitar as doenças comuns (MATHESON, 1981).

Tudo isso envolve uma participação ativa – e não apenas formal – da população. A disponibilidade de serviços de saúde, ainda que básicos, em aldeias ou comunidades implica um tipo de contribuição local por parte da população

usuária residente, quer em dinheiro ou gêneros, quer em mão-de-obra ou serviços, além disso, deve atender e ser planejado dentro da estrutura geral do desenvolvimento comunitário.

Segundo os padrões adotados, cinco ou seis unidades de saúde primária vinculam-se a um dispensário, assim formando um complexo de serviços. Cada complexo é supervisionado por um assistente médico colocado no dispensário público mais próximo e responsável pelo regular suprimento de materiais de consumo, principalmente drogas às unidades sob seu encargo. Em geral, cada unidade abrange um raio de 15 quilômetros e serve a uma população de aproximadamente 4000 pessoas.

Neste cenário, os agentes de saúde da comunidade formam a espinha dorsal de serviço médico rural do Sudão. Alguns trabalham como nômades e viajam montados em bois, camelos ou burros. Outros, em funções mais sedentárias, fazem parte da rede de unidades primárias espalhadas no deserto ou distribuídas ao longo das margens do rio Nilo e de seus afluentes na região pantanosa meridional.

Aos agentes cabe a administração de medicamentos básicos e essenciais para o tratamento de doenças prevalentes, encaminhando os casos complexos para os dispensários e hospitais. Valem-se amplamente de seus conhecimentos locais, especialmente em matéria de ervas, arbustos e árvores com propriedades medicinais, que cultivam nas áreas circunvizinhas.

A experiência nas áreas em que os Cuidados Primários de Saúde obtiveram sucesso demonstrou que a estreita supervisão do agente de saúde é a forma mais segura de obter eficiência máxima. No entanto, de início, foi necessário superar certos problemas humanos e físicos.

Entre o pessoal médico altamente treinado reinava certa hesitação quanto a aceitar os agentes de saúde comunitários pelo que realmente são: uma nova onda de educadores sanitários, capazes de administrar medicamentos essencialmente básicos no tratamento de doenças simples e comuns, mas que encaminham os casos mais complicados e sérios ao pessoal melhor preparado dos dispensários e hospitais (MATHESON, 1981, p.3).

Outra dificuldade encontrada é de contratação de pessoal adequado para o programa, em que não são muito difundidas e utilizadas práticas baseadas na tradição de auto-ajuda e solidariedade, em muitas partes do país. Constitui-se em obstáculo a ser enfrentado o recrutamento em determinadas áreas na própria

localidade, onde os potencialmente elegíveis para o cargo encontram dificuldades para fixar residência, aliada ao embaraço de selecionar candidatos de outros lugares, infringindo o próprio conceito de saúde comunitária.

O país, ao utilizar recursos humanos da comunidade, quer cumprir as metas de expansão dos serviços de saúde, estruturando uma rede completa de unidades primárias em todo o território, já que os seus serviços funcionam precariamente. Além disto, em função da grande extensão territorial e da existência de barreiras físicas, desertos, pântanos, rios e crônica falta de recursos logísticos, determinou ao país a necessidade de entregar a tarefa de prestar serviços, sobretudo em áreas rurais, aos agentes de saúde comunitários, únicos que têm possibilidades de chegar e se espalhar nas mais remotas e longínquas regiões.

1.5 Os auxiliares médicos da Tanzânia

A Tanzânia foi classificada pelas Nações Unidas entre os “25 países mais pobres do mundo”. Com o advento da independência em 1961, pôde o país pela primeira vez ocupar-se de seu próprio futuro. A sua história de desenvolvimento dos serviços de saúde assemelha-se aos dos demais países da África e de grande parte do Terceiro Mundo (GISH, 1975).

Os serviços, organizados em atividades esparsas, parciais e sem coordenação, destinavam-se, principalmente, ao desenvolvimento de ações curativas para a minoria urbana do país. Embora o país contasse com numerosos dispensários, funcionavam com recursos humanos despreparados que muitas vezes só podiam oferecer paliativos farmacêuticos, quando disponíveis.

As instalações e o pessoal médico, além de extremamente limitados em número, não se estruturavam de acordo com a distribuição e necessidades da população. O acesso aos serviços de saúde variava amplamente entre distritos, refletindo padrões desiguais e ineficazes de utilização, reforçando as iniquidades sociais.

Como em outros países em desenvolvimento, as causas principais de morbidade e mortalidade são as doenças infecciosas e parasitárias, agravadas por um padrão geralmente baixo de nutrição. Em seu conjunto, as doenças da pobreza são responsáveis por cerca de três quartos de todos os óbitos do país.

Nessas circunstâncias, considerando-se que a tecnologia requerida para o desenvolvimento de cuidados primários de saúde - relativamente simples e barata, cuja aplicação depende fundamentalmente de pessoal de categoria auxiliar - torna-se uma opção estratégica.

Assim, o foco do planejamento da saúde rural da Tanzânia foi dirigido para as aldeias “ujamaa”, que são comunas rurais cujos membros participam da atividade agrícola comunitária e de melhorias sociais. Quase um quarto da população rural vive nessas aldeias e pretende-se que a maioria das pessoas viva em “ujamaas”.¹¹

Em matéria de prestação de serviços de saúde, os postos da aldeia, constituem-se nas unidades mais elementares da infra-estrutura de saúde rural e localizam-se geralmente em aldeias ujamaas. Cada um deles oferece tratamento para as doenças mais comuns, atendimento de urgência em casos mais sérios e de acidentes. Sua função mais importante é a de servir de base para as campanhas de saúde.

Em geral, não funcionam em prédios separados. Funcionam freqüentemente em uma escola ou em outro prédio público. À medida que a aldeia cresce o posto pode ser promovido ao nível de dispensário.

A distribuição de novos dispensários faz-se em função da manutenção do coeficiente habitantes/dispensário por distrito, da facilidade de acesso aos serviços de saúde existentes e do número de pessoas que vive nas aldeias.

A principal função do dispensário é oferecer consultas externas e servir de centro para a organização e operação de campanhas de saúde. Há atualmente no país mais de 100 centros de saúde rural. Estes podem dar atendimento às amplas necessidades de serviços de prevenção e cura das populações rurais. Operam, por um lado, em função dos dispensários das proximidades e, por outro, do hospital distrital.

O centro tem um quadro de 10 auxiliares chefiados por um assistente médico. Além dos serviços descritos, desenvolve-se ampla atividade ambulatorial, mediante as quais os visitantes de saúde prestam serviços preventivos e curativos, que incluem a educação em saúde e nutrição, o controle de doenças transmissíveis, a melhoria do saneamento ambiental e o atendimento materno-infantil.

¹¹ A palavra “ujamaa” significa “estado de família” e denota as obrigações requeridas num relacionamento familiar mais extenso (GISH, 1975).

Esses auxiliares são selecionados pelos próprios moradores da aldeia ao completarem sete anos de escola primária e são treinados em um hospital distrital por período compreendido entre três a seis meses.

O treinamento capacita-os a tratarem de doenças comuns, fornecerem atendimento de urgência para problemas sérios e colaborar na prevenção de doenças comuns. Numa aldeia ujamaa, o auxiliar médico é sustentado pelos seus habitantes, cabendo a um centro de saúde rural a supervisão desse sustento.

Existem ainda os auxiliares de saúde materno-infantil que trabalham basicamente nos dispensários e nos centros de saúde rural, estando sob sua responsabilidade a organização do cuidado materno (atendimento pré-natal, parto, atendimento pós-natal e planejamento da família) e o cuidado infantil (menores de cinco anos e saúde escolar). Organizam também a educação sanitária e nutricional em nível de aldeia.

Em cada uma das 19 regiões da Tanzânia há uma escola de Saúde Materno-Infantil, com um currículo padrão de 18 meses de trabalho prático. Para fins de treinamento, seleciona-se um mínimo de candidatos entre os moradores que completaram o ensino primário, embora muitos já disponham de experiência em desenvolvimento sanitário ou comunitário.

Para Gish (1975), nas circunstâncias do país, considera-se necessário que a Tanzânia continue a depender por muito tempo e em grande escala de auxiliares médicos para a prestação de serviços primários de saúde. Considera-se, nesse contexto, especialmente importante que as perspectivas de carreira para os auxiliares médicos sejam cuidadosamente determinadas e é o quem vem ocorrendo: o auxiliar médico rural pode agora se formar em medicina, se freqüentar cursos oficialmente sancionados de formação profissional.

Os escassos auxílios financeiros do país dificultam o desenvolvimento de recursos humanos, dando-se grande ênfase à minimização de custos. Dada a limitação das áreas abrangidas pelos serviços de saúde e devido aos custos de provisão de ajuda médica, evidencia-se que a maior parte dos serviços primários de saúde na Tanzânia deverá ser prestada, ainda por muitos anos, por pessoal auxiliar, para elevar ao máximo a possibilidade de dar cobertura completa à população com os serviços mínimos requeridos.

1.6 Os promotores rurais do Haiti

Mesmo que se constatare sempre ter existido nas zonas rurais dos mais diversos países, curandeiros, parteiras e leigos que atuam promovendo saúde e assistindo os doentes, somente a partir de 1978, no Haiti, surgiu o significado mais específico e a caracterização da figura do promotor rural de saúde. Este agrega simultaneamente três pré-requisitos para sua atuação: residir na zona rural; ser capacitado para prestar serviços básicos de saúde e servir de vínculo entre a comunidade e o sistema médico formal (GAGNON, 1991).

O programa de seleção e capacitação dos promotores rurais de saúde iniciou-se em 1983, em Montrouis, zona rural do Haiti. O propósito era alcançar uma cobertura de mais de 15.000 residentes e para atingir esse objetivo o Ministério da Saúde Pública e a população se uniram, visando alcançar a “Saúde para Todos”.

Inicialmente sacerdotes católicos e episcopais, pastores protestantes, sacerdotes vudú e o delegado de polícia local, escolheram 15 pessoas da comunidade para serem capacitadas e se responsabilizarem por aproximadamente 1000 habitantes.

Posteriormente, o processo de seleção foi modificado, sendo que o candidato deveria corresponder aos requisitos que compunham um perfil previamente traçado e que incluía: ser do sexo feminino, possuir idade entre 15 a 45 anos, capacidade para leitura e escrita, participação ativa nos problemas da comunidade e residência no local.

Baseado nesse perfil, o conselho comunitário indicava candidatas, cuja seleção final, após cumprimento de algumas etapas, era feita pelo subcoordenador local do programa de saúde pública, membro daquela mesma comunidade e promotor de saúde.

O processo de capacitação dos promotores envolve duas etapas: uma fase inicial de um mês em um centro clínico de referência para o programa; seguida de um processo de formação continuada que dura 29 meses, sob supervisão dos coordenadores do programa, do médico da clínica e do pessoal de laboratório e farmácia.

Na primeira etapa, eles obtinham noções de anatomia, fisiologia, exame físico, infra-estrutura social, saneamento ambiental, nutrição, saúde materno-infantil,

planejamento familiar, diabetes, tuberculose, primeiros socorros e diagnóstico coletivo, por meio de inquéritos.

O estudo das matérias, no entanto, só se inicia, após o levantamento das práticas, costumes e processos conhecidos e utilizados pela população local para tratar as doenças e o cotejamento destas com as utilizadas pela medicina convencional.

Na segunda etapa, nos primeiros 20 meses, reforçavam-se as ações de prevenção, de relacionamento no trabalho e as habilidades para resolução de problemas, envolvendo atividades sanitárias e comunitárias. Nos nove meses seguintes, seguem-se encontros semanais para aprender o uso de métodos curativos e clínicos.

Finalmente, nos dois últimos meses, os promotores faziam rodízio de um dia a cada semana: na clínica, para treinamento em sinais vitais e exames físicos, na farmácia, para conhecimento dos medicamentos que usam na comunidade e no laboratório, onde aprendem a coleta de amostras de material biológico e execução de esfregaços de escarro e sangue.

Depois de terminada a prática clínica e, já de posse dos medicamentos, materiais e cadernos de atividades disponibilizados pelo Ministério, os promotores de saúde passam a exercer, durante três meses, de forma autônoma na coletividade, as atividades preventivas e curativas aprendidas no treinamento. Assim, após todo esse percurso, estão prontos para serem reconhecidos legitimamente pelo órgão federal e pela população, como um agente de saúde.

A princípio, as atividades dos promotores se reduzem a ministrar educação sanitária, atualizar os registros demográficos mediante as anotações necessárias, encaminhar casos, vigiar a evolução dos pacientes, estimular o interesse da comunidade pelo projeto de saúde e escolher um domicílio como sede para as atividades de relacionamento com os serviços de saúde.

Logo após, aferem o peso, a pressão arterial, a temperatura corporal dos pacientes, assim como administram vitaminas e vacinas. Eles são incentivados a continuar fazendo seu trabalho, quase sempre agrícola, porém, devem estar disponíveis diariamente para o trabalho, como promotor e agente de saúde (GAGNON, 1991).

A atenção preventiva, que inclui vigilância do desenvolvimento infantil, serviços de planificação familiar e atenção pré-natal, são prestadas por uma equipe

de três promotores que visitam mensalmente os postos de saúde de seus setores específicos, abrangendo uma zona de alcance de mais de 3000 habitantes.

Uma vez terminado o treinamento, e recebido o título correspondente, o promotor pode prestar atenção curativa ou de primeira ajuda em casos de diarreia, malária, feridas, perda de consciência, intoxicação, fraturas, queimaduras, mordeduras, febre, enfermidades respiratórias, conjuntivite, impetigo, parasitoses intestinais, dores e cefaléias, detecção de tuberculose.

Para garantir a disponibilidade da medicação em todos os setores, cada um tem em seu próprio domicílio uma farmácia e com o fim de incrementar a independência e autonomia das farmácias, estabeleceu-se um sistema de cobrança pelos fármacos.

Gagnon (1991) destaca que das oito atividades compreendidas no campo de atuação da atenção primária em saúde, sugerida pelo documento de Alma-Ata, os promotores do Haiti são capazes de executar bem pelo menos cinco: educação de grupos e individual, atenção materno-infantil, vacinação, tratamento de transtornos e doenças mais freqüentes e administração de medicamentos essenciais.

As características principais desses auxiliares do Haiti podem assim ser resumidas: longo processo de formação, sendo que, antes mesmo do processo iniciar-se e, durante todo ele, tem lugar um diálogo constante entre as práticas, percepções e saberes populares compreendidos na dinâmica cultural própria do local sobre a questão da saúde e da doença e as práticas médicas ortodoxas, ocorrendo uma ampliação significativa de opções terapêuticas e não simplesmente a sua substituição.

Além disto, primeiro, capacita-se o promotor, que só se converte em agente de saúde reconhecido legalmente, depois de cumpridas todas as etapas teóricas e de atuação prática, como voluntário, prevista em seu processo formativo e esses auxiliares, assim como os médicos-descalços da China, são estimulados a se manterem vinculados às atividades que exercem, geralmente no campo.

1.7 Promotores voluntários de saúde do Peru

Em 1986, trinta meses depois de concluir um projeto de atenção primária em saúde, financiado por uma agência internacional, avaliou-se o trabalho de 43

promotores voluntários que atuaram em uma zona de bairros pobres, da cidade de Pucallpa.

Os critérios adotados para seleção dos promotores consideravam: idade acima de 18 anos, leitura, escrita e motivação para o trabalho. As funções que deveriam realizar abrangiam: estimular a população a adotar soluções coletivas para os problemas de saúde, apoiar e fortalecer as atividades preventivas entre os vizinhos, prestar os primeiros auxílios, tratar as enfermidades mais comuns e encaminhar, se necessário, os pacientes aos centros de saúde.

Os resultados encontrados foram comparados com os de um inquérito realizado entre 82 famílias pertencentes à zona teste onde não havia trabalho dos promotores.

Aproximadamente quatro quintos das atividades realizadas pelos promotores eram curativas e as restantes, preventivas. Um efeito considerável do trabalho dos voluntários verificou-se na melhor utilização dos serviços públicos de saúde. Não foi observado que a atuação dos promotores tenha melhorado a higiene da água potável e não houve mudanças significativas no tratamento da diarreia pela população.

Christensen e Karlqvist (1990) postulam que os promotores devem continuar integrando a estratégia de cuidados primários em saúde, pois se constitui em uma força auxiliar e complementar vigorosa para a melhoria da população.

Entretanto, relevam a preocupação que produz o aumento das atividades curativas em sua prática e a conseqüente necessidade de processos de educação permanente, as dificuldades de integração constante de novos promotores selecionados entre adultos residentes e com trabalhos estáveis, já que as causas de abandono estão freqüentemente associadas às condições sócio-econômicas, que se tornam impeditivas de sua permanência no programa.

1.8 Os auxiliares de saúde comunitária da Jamaica

Depois de um teste bem sucedido em um projeto-piloto, o governo da Jamaica incorporou em todo o país os auxiliares de saúde comunitária nas equipes de atenção primária, vinculando comunidades e serviços de saúde pública.

A expectativa era de que os auxiliares interviessem no saneamento do meio, nutrição, planificação da família, saúde infantil e imunização, fomentando a adoção de medidas preventivas (CUMPER e VAUGHAN, 1985).

Deveriam ainda acompanhar diabéticos e hipertensos, dar informações aos pacientes, colaborar com seu encaminhamento a outros centros, ajudar as enfermeiras de saúde pública e as parteiras dos distritos e dar assistência em clínicas, escolas e outros lugares, vigiando o fluxo de pacientes, pesando os recém-nascidos e executando os registros necessários.

A expansão do projeto de auxiliares de saúde comunitária teria lugar concomitantemente ao desenvolvimento dos centros de saúde em todo o país, onde os mesmos trabalhariam junto com as enfermeiras.

Não se havia previsto inicialmente que os auxiliares tivessem uma estrutura de cargos e salários e possibilidades de promoção. Na atualidade, as organizações sindicais do país, atentas a esse novo contingente de trabalhadores, passaram a exigir certa oficialização administrativa na descrição do novo posto, com atenção especial a certos aspectos do trabalho e a sua inclusão na categoria de enfermagem, nos serviços de saúde.

Após alguns anos de implantação, o leque de funções que os auxiliares de saúde comunitária deveriam executar sofreu modificações: os vínculos com os centros de saúde aumentaram, na medida em que diminuía a disponibilidade dos mesmos como fonte de informações, conselho e ajuda para a comunidade; o que tem levantado questionamentos em relação ao lugar de trabalho e de recrutamento serem dependentes do seu local de residência.

Em 1983, mais de 90% das visitas domiciliares registradas estiveram a cargo dos auxiliares, que assim cumpriam uma missão tradicionalmente reservada às enfermeiras, que passaram a empregar mais tempo na supervisão dessas visitas do que nas visitas, propriamente.

A experiência da Jamaica tem demonstrado que a tendência dos auxiliares de incorporarem-se ao sistema de atenção primária em saúde tem provocado modificações consideráveis nas suas condições de emprego e na visão sobre o próprio trabalho. Ainda que hoje estejam discutindo a possibilidade de inclusão da categoria no grupo de enfermagem, há que se ficar atento às conseqüências jurídicas da adoção de tal medida:

Se os auxiliares obtêm um reconhecimento legal, será preciso modificar as atuais condições de recrutamento e formação e então se colocarão problemas dos auxiliares como vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde. (CUMPER e VAUGHAN, 1985, p.425).

Embora se perceba problemas, o trabalho do auxiliar vem conseguindo reconhecimento oficial e, com isso, eles têm conseguido negociar os seus salários, cujo valor equivale a 30% do salário do enfermeiro graduado, depois de permanecer por três na função.

A obtenção de diversas subvenções pelos auxiliares tem reforçado a sua posição, com reflexos significativos no percentual do orçamento de pessoal, gerando dificuldades no custeio de salários para manutenção de médicos e enfermeiros nos serviços rurais.

1.9 Os agentes comunitários de saúde da Bolívia

Na Bolívia, em um grande número de pequenas comunidades em Oruro, 46 agentes foram treinados a partir de 1983, melhorando consideravelmente a dramática situação sanitária que ostentava, em algumas localidades, mortalidade infantil de 260/1000 nascidos vivos e esperança de vida de 30 anos.

Eles foram eleitos por sua própria comunidade, não recebem nenhum salário ou remuneração em espécie, tendo sido treinados durante um trimestre, freqüentando cursos mensais de duas semanas, ministrados pelos herboristas e curandeiros locais, sendo supervisionados em seu trabalho por médicos favoráveis ao programa.

Os agentes desempenham papel de renovação e mediação entre a medicina tradicional e a moderna. Conhecem as plantas medicinais comuns e os sintomas de algumas das mais freqüentes enfermidades, sendo capazes de diagnosticá-las, encaminhar para tratamento ou até mesmo tratá-las e sabem realizar suturas em feridas.

Atuam ainda no tratamento dos animais doentes com fármacos da veterinária, ensinam técnicas de colheitas, construção de hortas subterrâneas, cultivos de hortaliças; bem como construção de cozinhas privativas e hibernáculos sendo que, em pouco tempo se tornaram legítimas lideranças de suas comunidades.

Bastien (1993), ressalta que para a eficiência do trabalho dos agentes comunitários de saúde têm que ser membros ativos da coletividade de cujo desenvolvimento sanitário participam, sendo considerados melhores, aqueles que compartilham crenças, valores e costumes com os seus vizinhos. A formação que recebem não deve ser capaz de desagregá-los da comunidade da qual emergem, mas ao contrário, deve suscitar neles o sentimento de assunção ainda maior da vida social cultural e religiosa da comunidade.

O êxito alcançado na Bolívia pela ação dos agentes comunitários de saúde em pequenas localidades, pode ser atribuído, entre outros fatores, ao papel desempenhado por esses trabalhadores na intermediação cultural entre a prática médica ocidental e a medicina tradicional e ao comprometimento demonstrado na incorporação de novas funções, enquanto serviço relevante que prestam à comunidade que os elege, apóia e, se necessário, os destitui (BASTIEN, 1990).

1.10 Os agentes locais de saúde das Filipinas

Os problemas de saúde sempre tiveram grande importância para os pobres nas Filipinas. As condições de vida no país não favorecem um estado de bem-estar mental, social e físico. Os urbanos, por exemplo, quando adoecem, arriscam o bem-estar de suas famílias para pagar pela assistência médica. Nas áreas rurais, onde vive a maioria dos filipinos, os serviços médicos são escassos.

Por isso, os cuidados primários de saúde constituem-se em veículo de ajuda aos que ainda não têm acesso ao sistema de prestação de serviços para atender às necessidades básicas.

Os programas de saúde comunitária, introduzidos em 1975, pela Igreja Católica, existem hoje em mais de 200 bairros ou comunidades. Mas eles acreditam que a mudança só pode começar quando é desejada. Por isso, os líderes diocesanos só introduzem o programa em comunidades que hajam expressamente indicado a saúde como uma necessidade sentida.

O facilitador reúne-se com todos os cidadãos interessados para analisar o estado da comunidade. Se a prevalência de uma doença está diminuindo a produtividade no trabalho, por exemplo, os moradores discutem as causas dessa doença e um método de eliminá-la.

Antes, porém, que seja possível colocar em prática qualquer estratégia, cada área, compreendendo idealmente de 10 a 15 famílias, escolhe um trabalhador em saúde. Esses trabalhadores voluntários recebem treinamento intensivo em funções do organismo, plantas medicinais, tratamentos simples e promoção de ação coletiva. As sessões são dirigidas por profissionais experimentados em solicitar idéias do povo e em colocar em prática aquelas que são cientificamente viáveis.

Em vez de fazer preleções, os médicos, enfermeiros, parteiras e especialistas médicos procuram inculcar novos e úteis dados sobre saúde nos trabalhadores voluntários, que podem ter tido pouca ou nenhuma instrução formal (DAYRIT, 1985, p.34).

A principal dificuldade é que 30% dos agentes de saúde que completaram sua formação abandonaram as atividades ao longo do primeiro ano do programa e não se podem produzir agentes locais em série, contando com a reprodução de atitudes corretas e de seguimento do programa ao longo do tempo, dificultando uma orientação adequada.

A experiência das Filipinas demonstra que a formação dos agentes locais compreende dois aspectos: proporcionar as técnicas sanitárias e dar conhecimento das causas da má saúde.

Um programa de formação de agentes de saúde é uma boa maneira de iniciar a organização da comunidade, pois esperava-se que, com o tempo se iria mais além dos problemas sanitários e se abordariam outros aspectos comunitários (DAYRIT, 1985, p.32).

1.11 Os funcionários de saúde pública da Índia

Na tradição cultural da Índia, a família é o foco central. É quem estabelece as normas de conduta para o indivíduo e dá-lhe uma sensação de apoio. Preocupa-se com ele antes do nascimento, durante a vida, e mesmo depois da morte (ANAND, 1973).

Os serviços de saúde pública da Índia, que abrangem mais de 560.000 vilas através de 5183 centros e 32157 subcentros de saúde rural, reconhecem a importância da família, como unidade básica da sociedade.

A meta do pessoal de campo, formada por médicos, enfermeiras de saúde públicas, visitadoras sociais, educadores sanitários e auxiliares de saúde, é levar

alguns dos serviços básicos, a cada domicílio e despertar o interesse das famílias pelas medidas de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Além de prestar em domicílio os serviços necessários, a visita do auxiliar de saúde e das visitadoras sociais adquire valor educacional para os membros da família, assim como para o próprio pessoal do centro.

A auxiliar de saúde ou a visitadora social vão de porta em porta, sendo recebidas pela dona de casa e pelos outros membros da família em seu próprio ambiente, onde os problemas podem ser discutidos à vontade, sem a formalidade do ambiente dos serviços de saúde. Esses profissionais podem também dar conselhos mais realísticos e significativos, porque diretamente baseados nas condições de vida e nos padrões culturais da respectiva família.

A responsabilidade principal desta modificação cabe à parteira auxiliar, que se adianta ao serviço de saúde rural. Ela entra em contato com os habitantes das vilas nas suas freqüentes visitas às parturientes. Examina-as, dá-lhes conselho sobre dieta, cuidados com a saúde e planejamento familiar. Além de prestar os cuidados imediatos, ela insiste com as gestantes e as parturientes para que se apresentem ao centro. Presta assistência pós-natal às parturientes e aos recém-nascidos. Continua cuidando da criança até que ela atinja seu primeiro ano de vida e vacina-a contra a varíola, a difteria, a coqueluche e o tétano. Há atualmente, na Índia, uma parteira auxiliar para cada 10.000 habitantes (cerca de 2000 mulheres).

1.12 Voluntários para saúde no Nepal

Em Nepal, a atenção primária em saúde é a principal estratégia para se alcançar a meta para todos, enquanto que os programas de voluntários de saúde comunitária e o de agentes rurais são os mecanismos-chave para estender a cobertura a toda a população.

Nas zonas urbanas, que contam com melhores instalações e taxas de analfabetismo menores, o programa de agentes rurais parece ineficaz e o de voluntários ainda não foi iniciado.

No entanto, em 1987, elaborou-se um programa de intervenção na saúde, nucleado no trabalho dos agentes voluntários. Pretendia-se que os voluntários de saúde comunitária desenvolvessem atividades educativas e motivacionais para

adoção pela comunidade, de hábitos sadios e higiênicos e de recurso adequado aos serviços de saúde, quando necessários.

O programa previa que os voluntários também coletassem dados sobre nascimentos, óbitos, casamentos e migrações. Recebiam uma pequena remuneração para cada evento comunicado e o pagamento por um dia de trabalho pelo atendimento nos dispensários periféricos em seus bairros.

Ficou demonstrado em um estudo que após a introdução de voluntários, houve progressos consideráveis na frequência aos exames pré-natais, na cobertura de imunização e no emprego de reidratação oral, assim como no estado nutricional dos menores de cinco anos (CHAULAGAI, 1993).

Os voluntários de saúde comunitários não foram capazes, no entanto, de coletar devidamente os registros de nascimentos, óbitos e migrações. As mulheres voluntárias demonstraram ser mais apropriadas que os homens para servir às suas comunidades, pois eram mais eficazes e as mães as preferiam.

Os homens pediram mais incentivos que as mulheres e muitos foram incapazes de encontrar tempo para dedicar-se às suas comunidades. Dos 20 homens selecionados e que receberam o treinamento básico, 14 abandonaram-no, antes de finalizar o projeto, enquanto que das 18 mulheres, somente 8 se retiraram.

Quanto à eficácia do programa de agentes voluntários de saúde da comunidade, ficou demonstrado que pode contribuir para melhorar as situações sanitárias tanto em zonas urbanas, quanto rurais, no entanto é necessário dispor de mecanismos suficientes de supervisão, seguimento, monitoramento e de capacitação de substitutos (CHAULAGAI, 1993).

1.13 Os auxiliares de enfermeria da Venezuela

Desde 1966, a Venezuela vem desenvolvendo um programa de medicina simplificada, com vistas à reorientação das atividades dos dispensários rurais no sentido de oferecer, na ausência de médicos, um mínimo de serviços preventivos e curativos bem definidos.

Tais atividades são desenvolvidas por auxiliares médicos, de nível básico, que complementam a formação com um curso de quatro meses, que os habilita a prestar primeiros socorros em casos de acidente ou doença; proporcionar educação sanitária; vacinar e prover cuidado materno-infantil.

Os candidatos selecionados para a função devem ter nascido na localidade ou lá residir há muito tempo; dispor de qualidades de liderança, ter entre 18 e 40 anos de idade e contar com educação primária (embora se possa aceitar uma escolaridade menos formal, em certas circunstâncias). Trabalham sob supervisão remota do médico do centro de saúde da zona, que deve visitá-los uma ou duas vezes por semana.

Enfim, depois do quadro apresentado anteriormente, nos diferentes países, chama atenção o fato dessas experiências de recrutamento de recursos humanos da própria comunidade estarem vinculadas mais diretamente ao exercício de atividades e atribuições tradicionalmente pertencentes ao âmbito de atuação de profissões reconhecidas, como a medicina, enfermagem e farmácia, característica também observada em alguns modelos adotados pelo Brasil e até mesmo nos primeiros agentes de saúde do Ceará, já nos anos 80.

Dal Poz (2002) destaca esse fato, ao resgatar as importantes tarefas no cuidado de saúde que têm sido exercidas pelos agentes comunitários em diferentes sistemas e contextos, desde a prática das tradicionais parteiras até o desenvolvimento de outras funções de atenção, como primeiros socorros e vigilância.

[...] um dos desafios e tendências atuais é a introdução de novos papéis e responsabilidades para esse grupo junto ao sistema de saúde. A expansão do papel das parteiras tradicionais em Zimbábue e o treinamento de agentes comunitários de saúde no Brasil para desenvolver cuidado clínico são exemplos dessa tendência (DAL POZ, 2002, p. 88).

A melhoria da nutrição e da saúde das crianças com o emprego de promotores ou agentes comunitários, oriundos da população-alvo e treinados para tal fim, tem sido analisada em diferentes estudos (Leone et al., 1986; Torres, 1987; Christensen e Karlqvist, 1990; Gagnon, 1991).

Na prática, é possível reconhecer categorias diferentes de auxiliares da comunidade: os que executam atividades mais complexas, como os médicos rurais chineses e as feldshers russas e os que atuam para satisfazer as necessidades mais básicas, como os auxiliares de enfermagem da Venezuela, os agentes de saúde comunitários africanos, dentre outros.

Diferentes países, em diferentes contextos e momentos, têm lançado mão da participação da comunidade em seus sistemas de saúde, seja pela mediação de agentes não institucionais, ou pela intervenção dos oficiais servindo como trabalhadores de primeira linha, propiciando o surgimento de elos e vínculos entre os envolvidos e o resgate e valorização de experiências e práticas das pessoas de uma comunidade em prol do bem-estar e benefício dessas mesmas pessoas.

Em alguns países como China, Sudão, Tanzânia essas experiências ocorrem em concomitância com modificações radicais nos sistemas político-sociais e de alternativas culturais implementadas desde há muito tempo e, em outros, como na América Latina, pela implantação de estratégias e projetos inovadores como o da Venezuela, por exemplo. (OMS/UNICEF, 1980).

Para Silva e Rodrigues (2000), o fundamento para a atuação privilegiada desses praticantes de saúde está no reconhecimento de que os problemas mais simples, em sua grande maioria, podem ser encaminhados e resolvidos por pessoas treinadas em curto prazo para o desempenho de tarefas específicas.

O fato é que a idéia do agente comunitário de saúde não tem necessariamente o mesmo sentido em contextos culturais e simbólicos distintos, onde convivem diferentes valores, atitudes, crenças, comportamentos, modos de viver, de se relacionar e as respectivas práticas de saúde individuais e coletivas, deste conjunto de fatores decorrentes.

Não obstante estruturalmente diferentes, os agentes comunitários de saúde e seus congêneres têm na idéia-força de pertencimento à comunidade onde servem e de elo entre esta, o sistema de saúde, a idéia-símile que os identifica em suas dessemelhanças.

Trata-se de desvelar, que tipo de fundamentação tem sido capaz de operar consensos na concepção de agente comunitário de saúde e que formulações contêm os dados essenciais do problema. Na ação do agente comunitário de saúde estão inseridos diversos fatores e atores: o discurso científico, o discurso leigo, os serviços formais e informais, o Estado e a comunidade.

No entanto, há duas dimensões e conceitos fundamentais para a conformação do sentido de agente comunitário de saúde: de um lado, ser membro e selecionado pela comunidade em que trabalha e de outro compartilhar significados relativos ao universo social em que coabita, demonstrando pendor para ajuda solidária.

Muitos países nos anos seguintes à Declaração de Alma-Ata, em 1978, se mobilizaram e estabeleceram um grande número de programas de agentes comunitários de saúde como resposta positiva às urgentes necessidades sanitárias das populações, principalmente, as menos favorecidas.

Há ainda em alguns países uma elaboração de equivalência entre os agentes comunitários de saúde e atenção primária em saúde, e as respostas às indagações sobre a realização da atenção primária em saúde consiste em dizer “temos formado muitos agentes” (OMS, 1989, p. 5).

Existem, no entanto, países desenvolvidos e em desenvolvimento com sistemas sanitários estruturados, orientados para atenção primária, que têm alcançado resultados favoráveis nos indicadores de saúde com fortalecimento dos serviços nacionais, sem, contudo incorporar em seu funcionamento, pessoal auxiliar recrutado na população.¹²

No Brasil, a análise da história da atenção à saúde evidencia a necessidade de utilização desses trabalhadores em diferentes conjunturas políticas e sócio-sanitárias, em que esse trabalho foi indicado como um dos instrumentos de prestação de assistência à saúde.

¹² Canadá, Cuba, Espanha, Inglaterra, dentre outros, são exemplos de países nessa situação.

2 AS NOSSAS EXPERIÊNCIAS E MODELOS: O BRASIL

O Brasil, antes mesmo da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, cuja recomendação aos países foi a organização da atenção primária com participação comunitária, enquanto parte de um sistema nacional de saúde, envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, já havia experimentado em serviços e programas nacionais ou locais a incorporação de auxiliares da própria comunidade nas atividades de assistência a indivíduos, grupos humanos e famílias.

A rigor, na história do processo de apropriação do saber e das práticas do campo da saúde pelas profissões institucionalizadas - notadamente medicina e enfermagem - verifica-se que nas sociedades tribais e povos indígenas brasileiros, antes da colonização, o ato de saúde era exercido por um indivíduo especial que desenvolvia um trabalho de característica globalizante - sacerdote, feiticeiro e pajé - membro da comunidade que respondia pelo diagnóstico, decisão terapêutica e preparo dos medicamentos. Esses praticantes têm sido considerados como os primeiros profissionais de saúde do Brasil e os primeiros agentes comunitários (PIRES, 1988; SCLIAR, 2002).

Com a colonização, a prática em saúde ganha novos executores: os físicos, cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, curiosos, algebristas, boticários, anatômicos, curandeiros, entendidos e outros (PIRES, 1988).

Praticamente, até 1920, não existiu no Brasil um órgão institucional responsável pela normatização ou definição de uma política de saúde para o país.

O primeiro esforço de planejar e programar uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde, desenvolvidos nas primeiras décadas deste século foi estruturado no projeto de unificação das ações sanitárias em unidades locais, cuja inspiração maior foi o modelo americano dos chamados Centros Comunitários de Saúde (ROSEN, 1980).

O Centro de Saúde deveria aglutinar e coordenar as iniciativas e práticas sanitárias fundamentais, voltadas para uma região geográfica, com base populacional bem delimitada. Partiu-se do pressuposto de que o sucesso do projeto dependia da confiança que a comunidade depositasse no serviço.

Neste contexto, o Centro de Saúde foi definido como um local irradiador de influência e melhoria social em geral, revelando a sua preocupação política com as questões preventivas e educativas.

Para lograr uma melhoria no nível de saúde da população não cabiam mais apenas ações sanitárias de combate aos vetores, como acontecia nas campanhas sanitárias (caçando ratos e combatendo mosquitos). Era necessário considerar as 'resistências culturais' e as 'influências nocivas' advindas dos comportamentos, atitudes e costumes arraigados (ROSEN, 1980, p. 378).

Surgia em torno dessa concepção um campo enorme de intervenção e preocupação com o indivíduo e sua comunidade. Outro elemento bem característico desta proposta de organização sanitária era a presença da enfermeira-visitadora, considerado elemento nuclear e primordial no trabalho sanitário.

A enfermeira era o principal recurso humano dentro do Centro de Saúde, já que o trabalho de profilaxia de doenças transmissíveis dependia diretamente de sua atuação na comunidade, em busca da identificação de doentes, na educação sanitária e no acompanhamento dos casos, como também ganhava a confiança dos doentes, evitando os abandonos de tratamento. Cabia, em suma, à enfermeira-visitadora a tarefa de controle e intervenção nos diversos aspectos do cotidiano de vida de amplas camadas populares, sujeitas ao processo de medicalização (BODSTEIN e FONSECA, 1987, p.73).

A visita domiciliar também já era praticada, enquanto estratégia de assistência, desde a primeira década do século XX no modelo campanhista, tendo sido utilizada tanto para campanhas, como para saneamento e saúde, segundo paradigmas de saúde e de assistência distintos.

Outro modelo de expansão e ampliação do atendimento em saúde que pode ser indicado como referencial importante foi o adotado pelo SESP.¹³

Em 1942, o Brasil assinou convênio com o governo americano, representado pela Fundação Rockefeller, para sanear regiões de extração de matéria-prima estratégica para os EUA durante a guerra.¹⁴

¹³ O SESP, que existiu de 1942-1960, transformou-se em FSESP, de 1960 a 1990, tendo sido, com a reforma administrativa empreendida pelo governo Collor, extinta. Desde então, integra junto com a Superintendência Nacional de Campanha (SUCAM), um novo órgão denominado Fundação Nacional de Saúde, com sede em Brasília, responsável pelas questões de saneamento, epidemias e endemias, saúde indígena (SILVA, 2001).

¹⁴ A Amazônia e o Vale do Rio Doce, por apresentarem altas taxas de malária e febre amarela, foram escolhidos para implantação inicial desses serviços médicos sanitários (BODSTEIN e FONSECA, 1989).

No final dos anos 40, o SESP começou expandir suas atividades em alguns estados brasileiros como a Bahia, Pernambuco e Paraíba. A partir daí, iniciou-se um movimento de fusão e fortalecimento de seu modelo de atendimento, com concentração nas regiões Norte e Nordeste do país, onde foi implantada a maioria de suas unidades sanitárias.

O SESP iniciou sua atuação defendendo uma prática abrangente, através da conjugação da medicina preventiva e curativa, procurando dessa forma definir uma proposta mais avançada a partir da crítica ao modelo dos Centros de Saúde.

Essa ênfase sobre a medicina curativa, na perspectiva do SESP, baseava-se no argumento de que a população normalmente procurava o posto de saúde porque apresentava algum problema clínico. Caso as unidades concentrassem suas atividades nos aspectos preventivos, não poderiam prestar o atendimento esperado, mas somente aplicar vacina e dar conselhos (BODSTEIN e FONSECA, 1989, p.77).

A proposta pretendia alcançar todos os profissionais da unidade sanitária, envolvendo-os no exercício de práticas educativas, a começar pelo médico que recebia o paciente para exame e que deveria iniciar o processo de educação.

Nos serviços do SESP, a enfermeira dividia as funções educativas com a visitadora sanitária e o auxiliar de saneamento. Competia às enfermeiras a supervisão e a orientação do trabalho das visitadoras, já que nesse período o número de enfermeiras diplomadas era insuficiente para realização das atividades de visita domiciliar. Seu papel como elemento de integração entre a comunidade e o serviço foi constantemente ressaltado.

À visitadora sanitária, por sua vez, cabia uma relação mais estreita com as famílias do distrito onde trabalhava, exercendo funções que se tornavam mais complexas de acordo com o tipo de unidade onde estava inserida. (BODSTEIN & FONSECA, 1989).

Podemos identificar no trabalho conjunto da enfermeira-visitadora, da visitadora sanitária e do auxiliar de saneamento; no aspecto da integração entre a comunidade e o serviço, algumas características de trabalho comunitário dentro de uma pequena localidade, com enfoque sobre a família, comunidade e não sobre o indivíduo, que encontra similitudes com a proposta do PSF de hoje e da atuação dos agentes comunitários de saúde, muito embora apoiadas por concepções de processos de saúde e doença distintas.

Tal concepção presente no modelo sespiano é a que aborda a saúde como uma questão de bons hábitos higiênicos individuais ou, na melhor das hipóteses, de pequenos grupos, enquanto o conceito ampliado de saúde, o enfoque na integralidade da atenção e fortalecimento das ações intersetoriais, para colocar em prática novas estratégias de promoção da saúde, são os princípios valorizados pelo PSF e PACS.

Os princípios norteadores e as diretrizes estabelecidas pelo SESP certamente contribuíram para o surgimento de uma concepção e prática de saúde pública no país e têm uma grande importância na atualidade.

A análise documental não deixa dúvidas que a FSESP funcionou como um 'laboratório', foi pioneira na criação de modelos para as propostas de ampliação de cobertura para populações específicas, de práticas, de diretrizes e princípios que, hoje, se colocam no PACS e no PSF. Isto permitiu que se construísse experiência e que se avançasse no conhecimento (SILVA e DALMASO, 2002, p.26).

Destaca-se no trabalho do SESP pela similitude com os princípios e diretrizes hoje defendidas pelo PSF e PACS: a experiência com modelos de oferta organizada de serviços na unidade de saúde, no domicílio e na comunidade, a abordagem integral da família, a unidade de saúde indo à população, a adscrição de clientela, o enfoque intersetorial e a educação sanitária, como mola-mestra das ações.

Segundo Silva e Dalmaso (2002), na década de 70, após a eleição direta de prefeitos em cidades que não eram capitais, nem municípios estratégicos, proliferaram iniciativas locais para resolver demandas sociais emergentes e urgentes, sendo a saúde uma das áreas priorizadas.

Alguns vários municípios de Minas Gerais, Paraná e São Paulo, implantaram projetos dentro dos princípios da atenção primária em saúde, incluindo o de agentes comunitários de saúde, surgindo, assim, o desenvolvimento de ações próximas às identificadas na atualidade, como sendo do âmbito de atuação dos agentes comunitários de saúde.

Os programas de saúde do Centro Executivo Regional do Vale do Jequitinhonha, em Diamantina, iniciados em 1971 e o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, em Montes Claros, em 1975, se

constituíram, nessa conjuntura, de experiências originais e singulares de construção coletiva de um novo modelo de organização de serviços.¹⁵

Previa-se uma estrutura hierarquizada em quatro níveis: domiciliar, local, de área programática e de região, sendo os serviços distribuídos entre os quatro níveis. No mais simples se incluíam os domicílios, com ações preventivas, através de visitas domiciliares dos auxiliares de saúde e ações curativas, realizadas no sistema oficial.

A idéia-motriz do projeto era a construção coletiva de um novo modelo de organização de serviços, que fortalecesse a autonomia do nível local. Com a introdução de inovadoras práticas de planejamento e gestão, esperava-se transformar as relações no interior da equipe de saúde, exercitando novas práticas pedagógicas, com valorização da participação cidadã da comunidade e dos servidores, visando a superação de todas as estruturas estabelecidas.

Do auxiliar de saúde, elemento-chave do sistema proposto esperava-se bem mais do que foi atribuído aos médicos de pés-descalços da China.

Selecionados entre moradores da comunidade, atuariam como agentes da participação popular nas decisões voltadas para alterações das relações do poder local. No entanto, por mais que a promoção da participação comunitária e o incentivo à organização das demandas concretas do setor saúde, tenham sido claramente definidos enquanto missão institucional do projeto, na prática, verificou-se que alguns auxiliares de saúde não conseguiam coordenar uma efetiva mobilização e conscientização da população.

Assim, numa instância de revisão se avaliou que deveria implementar-se uma estratégia operacional que diferenciase aqueles auxiliares capacitados para organizar uma demanda popular de políticas de saúde daqueles que atuavam como simples técnicos fornecendo assistência de saúde. Finalmente se optou por avaliar de maneira diferenciada o desempenho de ambas categorias de auxiliares e, para tanto, começou-se a cobrar eficiência técnica a uns e performance conscientizadora e mobilizadora aos outros (TOBAR, 1995, p.105).

As atividades educativas desenvolvidas pelos auxiliares se organizavam em torno de orientação ao trabalho das parteiras, reforço ao uso da medicina popular caseira com a utilização dos chás, orientação alimentar utilizando os produtos da

¹⁵ No desenvolvimento desses programas havia, de um lado, as agências internacionais de saúde como a OPS, e de financiamento, como a Fundação Rockefeller, a Fundação Ford, o Banco Mundial e a Fundação Kellogg; e de outro, profissionais e intelectuais, dos Departamentos de Medicina Preventiva das Faculdades de Medicina.

região, orientação em puericultura e amamentação natural, visita domiciliar, consultas coletivas, dentre outras.

O programa visava preparar pessoal de nível primário, para executar ações, mediante um treinamento de seis meses, e pretendia atribuir a esse pessoal funções de diagnóstico e tratamento, o que lhes parecia ir contra o aspecto legal do exercício da medicina e também era um desrespeito àquela população pobre, pois então vamos oferecer um programa de saúde executado por pessoal sem nenhuma qualificação profissional para isso (Entrevista com José R. Paiva F., em 09/07/93, apud SANTOS, 1995, p. 44).

Van Stralen (1986) considera que apesar da convivência no Projeto, de concepções que enfatizavam o caráter transformador do trabalho em saúde, na prática, prevalecia a orientação da medicina tradicional na atuação dos auxiliares que era reforçada pela visão do usuário de não valorização do trabalho preventivo e educativo, e sim do acesso à consulta e à receita médica.

Montes Claros significou uma experiência política. Não foi modelo de gestão, ainda que tivessem sido colocadas em prática algumas alternativas nesse campo. O projeto também não ficou conhecido como modelo de assistência, pois pouco impactou os indicadores de saúde. No entanto, trouxe novidades em termos de sua organização e funcionamento como os conselhos deliberativos, a equipe centrada no auxiliar de saúde, o diagnóstico concebido em bases e critérios sócio-econômicos (ESCOREL, 1995).

Em que pese os problemas e dificuldades, o Projeto Montes Claros se transformaria, ao mesmo tempo, de imediato, no principal modelo para a montagem a nível nacional da primeira experiência de extensão de serviços de medicina simplificada para a zona rural já levada à prática no país - o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS - e, posteriormente, em referência de modelo para a reorganização dos serviços de saúde, constituindo-se em um marco inicial da Reforma Sanitária Brasileira.

O PIASS foi instituído inicialmente para a região Nordeste do país, alcançando o período 1976-79, objetivando a estruturação de unidades de saúde pública em comunidades de até 20 mil habitantes, com utilização ampla de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas, para a execução de um conjunto de práticas sanitárias relacionadas ao meio ambiente e domiciliar e à atenção individual.

Para dar suporte à formação de recursos humanos requeridos pela nova política de atuação na área, voltada para a extensão de cobertura conforme necessidades e possibilidades de diferentes áreas do país foi criado, em 1975, pelo acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal – que ficou incumbido da preparação em larga escala, de pessoal de saúde de nível médio e elementar. (BRASIL, 1976).

O modelo construído através dos três projetos institucionais (PLUS,¹⁶ Projeto Montes Claros e PIASS) caracterizou-se como um modelo¹⁶ regionalizado, e hierarquizado em quatro níveis assistenciais, com definição de porta de entrada para o sistema. Suas principais diretrizes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e ampla participação comunitária. A nosso ver, essas diretrizes e esse modelo continuava a orientar todas as propostas que o movimento sanitário elaborou para o PREV Saúde, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Reforma Sanitária. (SCOREL, 1987, p. 48).

O PIASS acabou por se expandir para todo o país e, em sua área de abrangência, foi incluído o Programa de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento, numa área rural, no Vale do Ribeira, São Paulo, ficando conhecido nacionalmente como Projeto DEVALE. Dentre outras estratégias, o projeto previa a extensão de atividades de assistência primária à população residente na periferia dos centros urbanos e na zona rural, mediante a instalação de postos de saúde operados por agentes, recrutados na própria comunidade.

Silva e Dalmaso (2002) identificam três componentes principais que deveriam integrar o conjunto de práticas do agente de saúde: o primeiro, mais teórico, relacionado ao desenvolvimento de atividades individuais, de atendimento a queixas ou problemas; o segundo relacionado às atividades comunitárias e o terceiro referente ao modo como deveria ser desenvolvido o conjunto de atividades previstas nos dois componentes anteriores.

A proposta de ação para o agente de saúde incluía a execução de curativos, vacinas, diagnósticos e tratamentos de doenças mais encontradas, atendimento à criança e à gestante, encaminhamentos, primeiros socorros, adoção de uma visão

¹⁶ O PLUS – Plano de Localização de Unidades de Serviço, elaborado a partir de 1975 no interior do então INPS foi desenvolvido a partir de um convênio com o IPEA entre 1976 e março de 1979 e teve como produtos os planos de saúde para sete regiões metropolitanas e todo o estado da Paraíba (SCOREL, 1987).

global do indivíduo e seu papel na comunidade, condições gerais de vida da população e a organização da comunidade para lutar pela saúde.

Os agentes de saúde, além de terem sido indicados a partir de critérios estabelecidos pela comunidade, selecionados e recrutados nas localidades, apresentavam alguns traços comuns: já haviam desempenhado anteriormente funções similares àquelas esperadas e/ou já desenvolviam alguma ação comunitária nas igrejas, clubes de mães e de jovens, nas escolas comunitárias e nas associações civis, voluntárias e informais.

Para Silva (2001), o agente do DEVALE por não dispor, na maioria das vezes, dos instrumentos básicos para o desenvolvimento das atividades para as quais estava sendo capacitado e por não encontrar espaço para discutir sobre o trabalho nas condições mais próximas onde o trabalho se desenvolvia, dificilmente poderia reproduzir as propostas que originaram o projeto e que nortearam o seu treinamento. Por esses motivos, o esforço que fazia para manter o padrão de trabalho implicava, freqüentemente, em um enorme desgaste profissional.

Numa tentativa de síntese dos projetos apresentados, destaca-se: o SESP teve origem num contexto de esforço de guerra e incorporou o visitador sanitário, recrutado dentre as pessoas do município, que demonstravam interesse e possuíam segundo grau completo, para exercer atividades em visitas domiciliares e na comunidade.

O PIASS surge num contexto de regime de exceção, como expressão de uma política pública de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde e de saneamento, projetando na figura do auxiliar de saúde um conjunto de atividades que englobava a prevenção de doenças transmissíveis, a educação para a saúde, ações de saneamento básico e o atendimento de patologias mais freqüentes.

O Projeto DEVALE caracteriza-se, numa conjuntura estadual, na tentativa de colocar em prática as missões institucionais de extensão de cobertura dos serviços de saúde e de saneamento para uma região do estado de São Paulo. O seu agente, recrutado na comunidade deveria desenvolver tanto ações de cunho mais técnico, como atendimento aos indivíduos e famílias, intervenção para a promoção da saúde e monitoramento de grupos ou problemas específicos, como ações mais políticas de organização da comunidade para transformações sociais nas estruturas vigentes, que Silva (2001), identifica como uma dimensão importante e diferenciada da proposta do Projeto DEVALE em relação aos demais.

Por outro lado, identifica-se no Brasil, por iniciativa de organizações religiosas, católicas e algumas outras relacionadas a instituições acadêmicas e organizações não-governamentais, propostas de formação e utilização de agentes comunitários de saúde, como força de trabalho transformadora das relações entre profissionais e classes populares.

David (2001) descreve a experiência de educação popular pela formação de agentes comunitários de saúde, a partir de 1979, patrocinada por uma ordem religiosa católica feminina, ocorrida no município de Petrópolis, Rio de Janeiro.²⁰ Com a criação e desenvolvimento da Pastoral da Criança, em 1983, e a atuação de seus voluntários, realizando visitas domiciliares a famílias carentes no Brasil, uma grande e vigorosa rede de solidariedade que une fé e vida foi criada. A Pastoral atua hoje em todos os estados, envolve 230 mil voluntários, 92% mulheres, a maioria muito pobre. A cada mês, acompanha 1,7 milhão de menores de 6 anos, o equivalente a 17,8% de crianças excluídas do Brasil. Além disto, são atendidas 80 mil gestantes e 32 mil idosos pobres (PRÊMIO FAZ DIFERENÇA, 2003, p.6).

A Pastoral atua em cinco frentes: cuidados com a gestante, aleitamento materno, vigilância nutricional, soro caseiro e vacinação. Os voluntários plantam hortas comunitárias, fazem programas de rádio e orientam as famílias.

Enquanto alguns ensinam como melhorar a nutrição para aproveitamento adequado dos alimentos regionais e alternativos, como farelos e folhas verdes, outros ensinam o soro caseiro para combater a desidratação provocada por diarreias, programam a utilização de plantas medicinais, cuidam de gestantes, incentivam o aleitamento materno, promovem o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil.

Os voluntários se dividem, ainda, em outras atividades, como nos projetos de geração de renda, alfabetização de jovens e adultos, além de colaborarem com outras ações complementares.

²⁰ Por volta de 1984, a prefeitura, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, passou a apoiar a formação dos agentes dessa ordem religiosa. Mais detalhes em (DAVID, 2001).

A Pastoral da Criança e outras afins têm disseminado um modelo de ação em saúde no Brasil, geradora de vínculos de agentes de saúde com famílias carentes, a partir das quais algumas ações básicas de saúde são desenvolvidas.

No entanto, esses agentes comparados aos atuais agentes comunitários de saúde, agem movidos pela força da fé e da religião, realizam trabalho voluntário e sem remuneração, cuidam de problemas sociais, financeiros, morais e até comportamentais das famílias e o trabalho que desenvolvem não é gerenciado, supervisionado e avaliado pelo sistema oficial de saúde, embora o influencie e seja por ele influenciado, sendo que em alguns lugares o agente comunitário de saúde, atual, trabalha em conjunto com a Pastoral da Criança, da Igreja Católica. Essas ações são fundamentadas no pensamento religioso,

Nos anos 70, este tipo de ação molecular, intensamente desenvolvido nos diversos espaços da ação pastoral – da Terra, Operária, da Saúde – teve consistente participação de profissionais de saúde – saúde pública e comunitária. À reflexão teleológica soma-se a reflexão quanto à possibilidade de construção de novas alternativas e formas de oferecer atenção à saúde à população. A opção pelos pobres também começa ocorrer no âmbito das práticas em saúde pública e, a nosso ver, nem sempre o pensar religioso, na perspectiva da Teologia da Libertação, encontrou-se separado do pensar técnico em saúde, sobretudo no campo das ações educativas em saúde (DAVID, 2001, p. 219).

2.1 O agente comunitário de saúde do Ceará

Já no Ceará, a vontade de incorporar agentes de saúde havia sido expressa desde 1987, no Plano de Governo. A idéia ganhou força e teve sua operacionalização acelerada a partir da conjuntura local de emergência, envolvendo problemas com a seca de grande extensão e a conseqüente necessidade de abertura de frentes de trabalho para a população de diferentes regiões, como declarado pelo ex-secretário de Saúde daquele estado, Dr. Carlyle Lavor:

[...] surgiu uma seca no Ceará e houve a necessidade de empregar as pessoas que estavam sem emprego e passando fome. Então sugerimos a idéia de empregar mulheres. Sempre nas emergências se empregam os homens, mas há muitas mulheres que não têm marido, que são as donas da casa. Então sugerimos empregar 6 mil mulheres, que era o cálculo que a gente tinha feito de agentes de

saúde necessários para o estado. Foram selecionadas 6 mil mulheres dentre aquelas mais pobres do estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do estado e município. A gente definiu coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, dentro de quatro meses, treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. E o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade. Assim foi o início do trabalho. Cessou o programa de emergência de atendimento à seca que tinha 200 mil trabalhadores. Mas essas mulheres da saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar, porque o sucesso foi grande demais. (NOGUEIRA, SILVA & RAMOS, 2000, p.4).

As mulheres, após capacitação por um período inicial de 60 dias, sob supervisão municipal e ênfase especial na formação para a educação e promoção da participação comunitária, passavam a atuar desenvolvendo ações básicas de saúde.

As tarefas principais previstas para os agentes envolviam: visitar regularmente (pelo menos uma vez por mês) as famílias da área e, com maior intensidade, as que têm crianças menores de 2 anos e gestantes, para ensinar conhecimentos úteis, incluindo nutricionais, fornecer medicamentos antitérmicos, executar curativos de feridas; pesagens periódicas das crianças menores de 2 anos (com acompanhamento na curva de crescimento) e medição do perímetro braquial das gestantes. Haveria o acompanhamento de 50 -100 famílias nas áreas rurais e 150-250 nas áreas urbanas por agente, para prevenção e atenção precoce de agravos.

Eram programadas ainda, dentre as tarefas dos agentes, encaminhamento às Unidades de Saúde para diagnóstico e terapia, para controle preventivo, particularmente pré-natal e prevenção do câncer gineco-obstétrico, encaminhamento às Unidades de Saúde para vacinação e promoção, organização ou colaboração nas reuniões locais, para discutir e enfrentar assuntos de saúde, com o desenvolvimento de atividades na própria comunidade, como vacinação ou obras de saneamento.

As atividades mais amplas de atendimento às necessidades impostas pela seca, previstas no programa de governo, foram sendo desmontadas com o fim do período mais crítico. O Programa de Agentes de Saúde, no entanto, foi mantido, com indicação de sua expansão, sendo, a partir de então, financiado com recursos do Tesouro do estado.

A idéia vigente era que o governo do Estado asseguraria o pagamento de parte do programa referente à remuneração dos agentes. Este aconteceria de forma direta, em uma primeira fase, sucessivamente haveria a responsabilidade de Associações Comunitárias locais no gerenciamento e acompanhamento financeiro do Programa.

Quanto à abrangência, a implementação aconteceria, em cada município, de maneira a cobrir inteiramente a população, haveria uma expansão gradativa para todos os municípios do Estado, empregando em áreas posicionadas dentre as mais pobres do Estado, um número relevante de mulheres que assim melhorariam a sua condição social e possivelmente, estimulariam um posicionamento mais ativo de outras mulheres na sociedade.

Inicia-se, assim, o Programa de Agentes de Saúde do Ceará em 45 municípios do interior, entre setembro de 1988 e julho de 1989. O objetivo geral era melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da própria saúde atendendo às necessidades de toda a população, empregando um número expressivo de mulheres, que com outros integrantes locais executantes de ações de saúde, deveriam implementar ações prioritariamente voltadas para a redução do risco de morte ligado ao parto, para a mãe e a criança.

O estudo de Minayo, D' Elia e Svitone (1990) destaca vários pontos positivos alcançados pela presença dos agentes de saúde nas comunidades, tais como: ampliação do acesso das pessoas aos serviços de saúde, melhoria de determinados indicadores como cobertura vacinal, controle do câncer cérvico-uterino, redução de doenças que podem ser prevenidas por imunização, queda da mortalidade infantil por diarreia e outros vinculados à qualidade do trabalho.

Com base no sucesso dessa experiência, o MS resolve lançar em 1991, o PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde,¹⁸ inicialmente para a região Nordeste do Brasil, e, numa segunda fase, abrangendo parte da região Norte, visando o combate emergencial de uma epidemia de cólera.

O PACS apresenta como objetivo geral melhorar através dos agentes comunitários, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde (BRASIL, 1991a; BRASIL, 1993 a).

¹⁸ Em 1992, o PNACS passou a chamar-se PACS, perdendo o vocábulo nacional.

O PACS surge para contribuir na redução dos altos índices de morbidade e mortalidade, principalmente infantil e materna, encontrados nas regiões Nordeste e Norte do Brasil, através da implementação de ações no primeiro nível de atenção. Na concepção inicial presente no projeto e depois abandonada, os agentes deveriam ser incluídos em um processo contínuo de habilitação como auxiliares de enfermagem comunitária.

Essa idéia de formação de auxiliar de enfermagem comunitário foi deixada para trás, em função de um posicionamento contrário demonstrado pelas entidades de representação da enfermagem, que emitiu pareceres e resoluções, no sentido de delimitar claramente o perfil de atribuições do agente, afastando a possibilidade de conflitos de competência e de exercício concomitante de atividades afins e comuns às profissões da área de enfermagem.

Alegavam ainda o paradoxo existente na criação de um novo tipo de trabalhador, sem a devida formação e reconhecimento, numa conjuntura de política de desenvolvimento de recursos humanos que preconizava a qualificação formal do atendente de enfermagem como auxiliar, como se pode contatar na fala da então presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN):

O ACS faz o elo – a ponte entre as ações do centro de saúde, os profissionais de saúde e as necessidades e prioridades da comunidade. Não faz parte de nenhuma categoria profissional da área de saúde: é trabalhador genérico com competências ligadas ao treinamento. A denominação agente comunitário de saúde criou uma idéia de que está surgindo um novo profissional, quando o que ocorre é uma formulação de competências para atuar na interação social serviço/comunidade, as quais estão implícitas genericamente nas atribuições do profissional auxiliar de enfermagem, que por sua vez absorve as do visitador sanitário. No caso do ACS, as competências são limitadas. Para ampliá-las só na esfera da profissionalização, quando este passaria a ser auxiliar técnico em uma subárea. (Entrevista concedida por Eucléia Gomes Vale, apud NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p.6)

Suas funções deveriam englobar ações para, simultaneamente, melhorar a capacidade da população de cuidar de sua própria saúde; prover a população de informações e promover a ligação entre a comunidade e os serviços locais.

Partindo da experiência do Ceará foram definidas para a seleção dos agentes, a idade mínima de 18 anos, compromisso de conclusão do primeiro grau, embora se exigisse leitura e escrita, residência por mais de dois anos na comunidade e disponibilidade para oito horas de trabalho diárias.

Para os agentes foram atribuídas as seguintes atividades: cadastrar os membros de cada família em sua micro-área de atuação, levantar informações sobre condições locais de saúde e saneamento e participar do respectivo diagnóstico feito pela equipe do programa, mapear e identificar fatores e áreas de risco à saúde, realizar visitas domiciliares, mantendo a vigilância sobre as condições de saúde das famílias, com especial atenção para gestantes e crianças, realizar atividades coletivas nas comunidades, incluindo reuniões com mães e grupos de portadores de uma dada patologia, discussão do diagnóstico de saúde da comunidade com planejamento comum e realização de ações intersetoriais, que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida e defesa solidária dos direitos de cidadania.

“Este programa já estava pautado em princípios indutores da mudança de modelo, ou seja, provocava a vinculação dos indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde” (SOUZA, 2000, p.7). O agente representava neste contexto, o elo entre a comunidade e as unidades de saúde, visando propiciar essa vinculação.

Contudo, as unidades de saúde continuavam atuando na lógica tradicional do atendimento curativo, individualizado, esporádico, voltado para a doença e desvinculado da comunidade. Dessa forma, a idéia do agente enquanto elo entre a comunidade e o serviço não se viabiliza na prática, pois, de um lado, atuava o PACS, que se fortalecia a cada dia e pleno de potencialidades, e de outro, a rede de unidades básicas de saúde, desorganizadas, sucateadas e despreparadas para atuar com vínculos de responsabilidade em sua área de abrangência.

No período de setembro a novembro de 1994, realizou-se uma avaliação qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com apoio do UNICEF, em 12 municípios de oito estados do Nordeste, excetuando-se o Ceará. Dentre os principais aspectos positivos, foi destacado o reconhecimento dos usuários pelo trabalho do ACS. Assim, 81,4% das famílias entrevistadas não aceitaram a idéia de extinção do programa.

Verificou-se ainda um impacto estatisticamente significativo dos indicadores usados (terapia vacinal, terapia de reidratação oral, exames pré-natal, tratamento de água para beber) entre a população coberta e não coberta pelo PACS. Em vários estados, em média 87.9% da população conheciam o ACS, inclusive pelo nome, e sabiam como localizá-lo facilmente, um alto percentual das famílias entrevistadas foi visitado no mês anterior à pesquisa.

Segundo os usuários, houve um alto nível de respostas positivas (73,6%)

dos encaminhamentos dos pacientes referidos pelos ACS aos serviços de saúde. Nessa ocasião, o programa já se encontrava implantado em 987 municípios do país, de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e incluía um total de 33.488 agentes (BRASIL, 1999).

Na medida que o PACS se fortalecia nos municípios, demonstrando resultados concretos nos indicadores de mortalidade infantil e sendo bem avaliado pela própria população, as contradições cresciam e passaram a pressionar as unidades básicas de saúde. É importante citar que, além do impacto nos indicadores, o PACS trazia contribuições importantes para a organização dos sistemas locais através de uma expressiva interiorização de profissionais enfermeiros e do estímulo à criação dos conselhos municipais de saúde (SOUZA, 2000, p. 7).

Neste contexto, o MS oficializa, no início de 1994, o PSF, estratégia apontada para reorganização da atenção básica, na ótica da vigilância à saúde, direcionada para a construção de um modelo representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. O PSF valoriza os princípios constitucionais da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações.

Baseia-se na definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e população, com o estabelecimento de uma nova relação entre os profissionais e a comunidade e de uma nova concepção de trabalho, centrada na equipe interdisciplinar que tem nas famílias seu compromisso social básico. Preconiza o fortalecimento de ações intersetoriais, com participação da comunidade dentro de um território, sendo responsável permanente por um número de famílias delimitadas em uma área geográfica. (BRASIL, 1994).

A expansão do PSF foi estimulada a partir de 1996, com a operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS 01/96) e o Piso de Atenção Básica (PAB), introduzindo a modalidade de pagamento per capita, com transferência regular e automática de recursos federais para os fundos de saúde dos municípios, habilitados em uma das condições de gestão previstas na referida norma, gerando maior autonomia para o gestor prover a atenção à saúde de sua população. O PAB tem em sua composição uma parte fixa e uma variável destinada aos incentivos voltados a programas, estratégias ou ações prioritárias para o processo de reorganização da atenção básica, como o PSF/PACS. ¹⁹

¹⁹ O Ministério da Saúde recomenda, desde então, que as estratégias de Saúde da Família e de ACS andem juntas.

Segundo requisitos definidos pelo MS, o agente deve morar nas respectivas áreas de atuação no mínimo há dois anos, possuir idade mínima de dezoito anos, saber ler e escrever e ter disponibilidade para trabalhar em regime de tempo integral. Deve estar vinculado a uma unidade de saúde tradicional ou de saúde da família, integrando as equipes básicas, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis agentes, para o atendimento de uma população adscrita, de no máximo quatro mil habitantes, cobrindo de seiscentas a mil famílias. (BRASIL, 1991b; BRASIL, 1993b).

Em 1997, O MS reconhece no PACS e no PSF importantes estratégias para contribuir para o aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. Prioriza essas estratégias no Plano de Ações e Metas, bem como estimula a expansão desses programas. O documento estabelece as normas e diretrizes do PACS e PSF, definindo as responsabilidades de cada nível de governo e diretrizes operacionais, relacionando trinta e três atribuições básicas para os agentes executarem em suas áreas territoriais de abrangência.²⁰

Em 2002, pela Lei 10.507 é criada a profissão de agente comunitário de saúde, como membro integrante das equipes do PACS e do PSF para realizar atividades de prevenção de doenças e promoção, por meio de ações educativas em saúde, nos domicílios e coletividades, em conformidade com os princípios do SUS.

Muito embora o ofício de agente comunitário de saúde, pela sua relevância pública, tenha sido reconhecido por lei, como profissão, com a correspondente fixação de requisitos mínimos para os que nela querem ingressar, algumas das características e atributos freqüentemente associados às profissões e observáveis em outras, consideradas modelares, não são encontrados na referida profissão.

Em primeiro lugar, uma profissão, segundo Coe (1979), possui um conjunto de conhecimentos especializados, cuja aquisição requer um período prolongado de treinamento. Essa base de conhecimento se orienta tanto por seu próprio valor, como por sua aplicação prática.

²⁰BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM. 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

Em segundo lugar, possui uma orientação de serviços, isto é, o trabalho de um profissional consiste em oferecer ao público, serviços especializados altamente técnicos.

Em terceiro, tem uma organização colegial e não burocrática. Os membros de uma profissão se sentem responsáveis em vigiar seu próprio comportamento e estabelecer um código de ética para proteger tanto a quem recebe os seus serviços, como a si mesmos.

Finalmente, o profissional não somente adquire a licença para prestar serviços, como também, o mandato. A licença significa que o profissional tem o direito legalmente reconhecido, via Estado, de oferecer seus serviços e o mandato, significa que pode fixar para o público as metas de seus serviços e ditar as condições sob as quais pode oferecê-los. Portanto, os agentes comunitários de saúde ainda têm que fazer alguns deslocamentos rumo à sua profissionalização, lutando pela conquista e garantia de determinados atributos conferidos a outras profissões.

Esse percurso histórico, embora incompleto e inacabado, reforça a compreensão de que agentes comunitários de saúde e seus congêneres têm em comum alguns aspectos gerais ou genéricos, executam atividades cujas características são de resto, variáveis no tempo e no espaço, refletindo propósitos, posturas e métodos de trabalho diversificados e diferentes formas de articulação entre Estado e sociedade civil, que delimitam as responsabilidades e obrigações de cada um.

O conceito de agente comunitário de saúde é apresentado de forma extremamente ampla nas ricas experiências já vivenciadas no país: inclui desde os sacerdotes, pajés, feiticeiros que atuam nas comunidades indígenas até os atuais agentes comunitários de saúde, alcança desde a intervenção de agentes de saúde como voluntários, atuando de maneira intermediária entre moradores e comunidades e serviços de saúde até os agentes institucionais vinculados a programas oficiais de governo.

Nessa particular maneira de atuar, no entanto, combinam-se em geral, três elementos comuns que foram identificados nas experiências relatadas: o recrutamento para o trabalho no local de moradia; treinamento básico e de curta duração e o exercício de atividades variadas, englobando ações promocionais e curativas.

Enfim, as experiências brevemente levantadas demonstram que não é tarefa fácil definir o ACS, pois a sua noção sofreu consideráveis transformações no decurso do tempo. Não se trata evidentemente de defender o princípio de que o atual agente comunitário de saúde é resultado da evolução natural dos que o precederam.

Entretanto, acredita-se que o contato com esse referencial histórico é relevante para se compreender melhor a sua reinserção ou talvez o seu ineditismo - sem ser original - no Brasil, dos anos 90, e os diferentes movimentos que se entrelaçaram para impulsionar a implantação e a sua implementação, agora para todo o país.

3 DÉCADA DE 90: O LANÇAMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA O PAÍS

Neste capítulo apresenta-se, numa perspectiva histórica, o lançamento dos agentes comunitários de saúde para todo país e os diferentes movimentos que estiveram presentes nessa conjuntura e contribuíram para a conformação do projeto a nível nacional.

Identificam-se pelo menos cinco movimentos que se cruzaram para o seu surgimento: o cenário político-econômico e as reformas propostas; a necessidade de consolidação do SUS universal numa conjuntura adversa, a força da idéia do movimento da promoção da saúde; a ameaça da epidemia de cólera e o reconhecimento do êxito da experiência do estado do Ceará.

3.1 A conjuntura político-econômica e as reformas do estado

A redefinição do papel do Estado foi questão central nos anos 90, alcançando vários países; embora já estivesse presente desde os anos 70, tornando-se clara, no entanto, somente a partir da segunda metade da década de 80.

No Brasil, a questão adquire relevância, tendo em vista a dimensão da presença do Estado na economia nacional. Suas manifestações mais evidentes são a própria crise fiscal e o esgotamento da estratégia de substituição de importações, que se inserem num contexto mais amplo de superação das formas de intervenção econômica e social. Adicionalmente, o aparelho de Estado centraliza e concentra funções e se caracteriza pela rigidez dos procedimentos e pelo excesso de normas e regulamentos.

Desta forma, em meados dos anos 90 surge um conjunto de respostas na tentativa de superação da crise, que implicaram em várias medidas envolvendo políticas de ajuste fiscal, reformas econômicas orientadas para o mercado, reforma da previdência social, inovação dos instrumentos da política social e de reforma do aparelho do Estado ²¹ (BRASIL, 1995).

A reforma insere-se dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que

²¹ No aparelho de Estado inclui-se a estrutura da administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado em seus três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados-Membros e Municípios). O Estado, por sua vez é mais abrangente que o aparelho, porque compreende adicionalmente o sistema constitucional legal, que regula a população, nos limites de um território (BRASIL, 1995).

deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento.

Daí a generalização, nos anos 90, dos processos de privatização de empresas estatais e outro que ficou conhecido como “publicização”, entendido como a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas que devem ser subsidiados por ele, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica.

Nessa perspectiva, busca-se o fortalecimento das funções de regulação e coordenação do Estado, particularmente no nível federal, e progressiva descentralização vertical, para os níveis estadual e municipal, das funções executivas no campo da prestação de serviços sociais e de infra-estrutura.

Esses conceitos e idéias foram consubstanciados no Plano Diretor da Reforma da Administração Pública Brasileira, que partindo do diagnóstico de que houve um retrocesso burocrático com a Constituição de 1988 e um encarecimento do custeio da máquina administrativa, propõe uma ampla reforma administrativa, estabelecendo suas principais direções (BRASIL, 1995).

Para o aparelho de Estado fixaram-se diretrizes para tipos de gestão, formas de propriedades, objetivos e recursos humanos dos seus quatro setores: núcleo estratégico, representado pelo governo; atividades exclusivas, compostas pelos serviços que só o Estado pode realizar; serviços não-exclusivos, setor onde atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas e, finalmente, o setor de produção de bens e serviços para o mercado, área de atuação das empresas privadas.

Para o setor de serviços não-exclusivos, onde a saúde se inclui, foram indicadas a propriedade pública não-estatal e a administração gerencial, sendo a busca da eficiência o seu objetivo maior.

No entanto, algumas questões críticas em relação à implementação dessas medidas na saúde demandam análises mais apuradas já que,

Independente da situação de momento vivenciada pela emergência das reformas, algumas das características das organizações de serviços de saúde merecem ser revisitadas, no sentido de uma apreensão das facilidades ou dificuldades de adoção de um modelo gerencial. As organizações de serviço de saúde podem ser categorizadas como organizações profissionais que controlam seu

próprio trabalho e são detentoras de forte influência sobre as decisões administrativas. A intervenção de gerentes e administradores é bastante limitada (PIERANTONI, 2001, p. 348).

Nessa conjuntura, assistiu-se no país ao surgimento de uma política que colocava o modelo estatutário não como modelo apropriado e único para todos os servidores públicos, mas aplicável apenas àquelas funções inerentes ao próprio Estado, do seu núcleo estratégico, reservado aos funcionários que exercem funções regulatórias e administrativas de alto nível, como definido na proposta de reforma.

De acordo com essa nova concepção, a reforma do Estado modifica a área de recursos humanos do SUS, transformando as relações de trabalho focadas na estabilidade no emprego em relações flexíveis e não-estáveis, favorecendo a proliferação de formas, vínculos e padrões de remunerações diferenciados.

As orientações dessa política, muito embora focalizadas na administração federal, foram promovidas por Estados e Municípios, em muitas das suas diretrizes e propostas, que tinham aplicabilidade nesses níveis de governo.

Neste cenário de mudanças, em 2002, o MS chega a apontar como forma segura de contratação dos agentes comunitários de saúde, considerando-se o perfil desejado para esses profissionais, que as prefeituras adotassem o modelo de parceria com uma organização social, para o desenvolvimento do programa (BRASIL, 2002).

A superioridade do modelo indicado residia nas possibilidades de, simultaneamente, aproximar a sociedade civil da execução de um Programa vital para o desenvolvimento da saúde pública no país e da garantia de cobertura dos direitos sociais dos agentes, sem desrespeito aos princípios constitucionais inerentes à administração pública e sem repercussão nos limites impostos pela lei de responsabilidade fiscal.

Já que aspectos relacionados ao perfil do agente são imprescindíveis para o exercício de suas funções, e tendo como moldura um cenário de redefinição da estrutura, posição e atividades do Estado e de maior atrelamento às políticas de ajuste econômico do Fundo Monetário Internacional, muitas prefeituras encontraram nos ingredientes desse modelo, alternativas e soluções para contratação dos agentes, propiciando sua rápida expansão.

Como consequência, cerca de 40% da força de trabalho do setor público de saúde, o que equivale a aproximadamente 800 mil trabalhadores, encontravam-se

inseridos em situação de relações precárias no SUS, nas mais diversas modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços pela Consolidação das Leis Trabalhistas, dentre outras (BRASIL, 2003).

Pesquisa realizada sobre as Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil aponta uma pluralidade de arranjos institucionais que cercam o desenvolvimento do PSF em nosso país, particularmente no que toca ao tema da chamada transição dos sistemas de relações de trabalho e do emprego em nosso país.

O PSF, conforme os dados da pesquisa, demonstra na prática, salários diferentes dos salários de mercado para as diversas categorias profissionais, beneficiando claramente algumas e nem tanto outras, e, ao mesmo tempo, inaugura (ou fortalece) novas formas institucionais de relações de trabalho, mais ou menos flexíveis ou precárias, dependendo da ocupação e das condições e remuneração que pratica (BRASIL, 2002).

No caso dos agentes comunitários de saúde, números estimados para 2003, revelam que dos mais de 180 mil trabalhadores em atividade no país, a grande maioria percebe o equivalente a um salário mínimo, tendo uma inserção precária no sistema, desprotegidos que são em relação à legislação trabalhista (BRASIL, 2003). O combate à precariedade do trabalho em saúde foi expressamente definido e assumido pelo governo atual, que vem implementando um conjunto de medidas para promoção de significativas melhorias nas relações e gestão do trabalho.²²

²²Consta no Documento Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde, uma série de medidas neste sentido, incluindo a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. (MS/SGTES/Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde). Agenda Positiva. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2004).

3.2 O Movimento da Promoção da Saúde

Particularmente na década de 90 e até os dias de hoje, tem-se observado um renovado e profundo interesse em discutir aspectos de promoção da saúde, termo de uso muito freqüente na atualidade, o que não implica necessariamente que a concepção que a encerra seja tão recente.

Um dos primeiros autores a utilizar a expressão foi Sigerist (1946), ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde; prevenção de doença; recuperação do enfermo e a reabilitação.

Leavell e Clark (1965), ao desenvolverem o modelo de história natural da doença e seus três níveis de prevenção incluíram-na na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem estar geral.

A associação da promoção da saúde com a atuação sobre determinantes do meio ambiente e do estilo de vida vieram, segundo Terris (1996), com a segunda revolução epidemiológica; o movimento de prevenção das doenças crônicas.

Já em 1943, a Medicina Social inglesa se preocupava com epidemiologia das doenças crônicas prevalentes, como a úlcera péptica, as doenças cardiovasculares, o câncer e os traumas acidentais. Considerando suas correlações com as condições sociais e ocupacionais, afirmava que elas deveriam ser, em maior ou em menor grau, prevenidas (TERRIS, 1996).

A influência da Medicina Social inglesa se fez sentir profundamente no Canadá, refletindo-se na consagração dos princípios de universalização da assistência médica e na centralidade da prevenção e promoção da saúde no sistema canadense.

A constatação do papel fundamental dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, que vem a qualificar a visão moderna, deve muito à atuação da saúde pública canadense, e à sua posterior influência internacional (FERRAZ, 1994).

O Informe Lalonde de 1974, marco inicial da moderna caracterização no Canadá e a primeira declaração teórica abrangente, afirma que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde.

Ao longo dos anos 70 e 80, as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional se acumularam (MENDES, 1996;

TERRIS, 1996). Dessa forma, foram criadas as condições para organização da primeira Conferência Internacional em Promoção de Saúde, em 1986, em Ottawa, no Canadá.

A carta de Ottawa reconheceu como pré-requisitos fundamentais para a saúde: paz, educação, habitação, poder aquisitivo, ecossistema estável, conservação dos recursos naturais e a eqüidade.

A promoção da saúde foi conceituada como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A carta de Ottawa assume que a eqüidade em saúde é um dos focos, cujas ações objetivam reduzir as diferenças no estado da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável. (BUSS, 2002).

Para Carvalho (1996), o conceito de promoção da saúde passa a ser a espinha dorsal da nova saúde pública e é definido pela primeira vez em termos de política e estratégias, representando um avanço em relação à Conferência de Alma - Ata.

A carta de Ottawa tem sido a principal marca de referência em todo o mundo, como comprovam documentos oriundos das diversas conferências internacionais sobre o tema que se seguiram (Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Jacarta, 1997), e de conferências regionais, como a de Santa-fé (Bogotá, 1992).

A partir dessas conferências, a promoção da saúde passou a ser cada vez mais considerada nas políticas de saúde de diversos países. Na América Latina, a OPAS colocou o tema como prioridade programática, definindo-a como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva (MENDES, 1996).

Com a evolução do movimento na América do Norte, surge o Movimento Cidades Saudáveis, encampado pelo OMS a partir de 1986, após a experiência ocorrida em 1984, em Toronto, no Canadá.

A OMS considera uma cidade saudável aquela em que os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos numa ótica ampliada de qualidade de vida. O movimento se difundiu em inúmeras cidades do mundo e tornou-se um projeto estruturante e moderno, tendo sido também incorporado como estratégia

pelo movimento de municipalização da saúde no Brasil. (MENDES, 1996; FERRAZ, 1994, 1996; BUSS, 2002).

A promoção da área não concerne exclusivamente ao setor de saúde e nem a um único profissional de saúde. Ela é resultado de ações intersetoriais, agindo nos determinantes gerais e da qualidade de vida.

Para se promover a saúde deve-se ir além do cuidado e colocar em prática, técnicas para tornar mais eficientes a comunicação e a mobilização da comunidade.

Como as profissões específicas do setor estão voltadas tradicionalmente mais para o tratamento das doenças, ou para facetas particulares da saúde, como a nutrição dentre outras, espera-se que o agente comunitário tenha o seu foco na saúde, integrando os conhecimentos relativos às diversas profissões e que confluem para a sua promoção.

Freqüentemente os atributos e habilidades que deveria possuir um profissional de saúde, atuando na linha da promoção, não são reconhecíveis nos existentes, que tradicionalmente não atuam nesse entorno ampliado que se tornou o seu campo de trabalho, não extravasando os limites da unidade básica de saúde.

Nessa perspectiva, o agente comunitário constitui-se, pelas suas características especiais, em um recurso humano central e estratégico para a possibilidade de implementação de ações de promoção e de novas formas de perceber e praticar a atenção à saúde, envolvendo as pessoas, seus conhecimentos e entornos.

3.3 O movimento de consolidação do SUS Universal numa conjuntura adversa

A Constituição Brasileira de 1988 inscreve a saúde como direito de cidadania e a criação do Sistema Único de Saúde inaugura dois movimentos importantes em sua política no Brasil: a passagem de um modelo de seguro social para um modelo de seguridade social e, de um modelo centrado na medicina curativa, para um modelo de atenção pautado na integralidade, conforme requerido pelo movimento da Reforma Sanitária.

No entanto, depois da regulamentação dos dispositivos constitucionais para a saúde, que só ocorreu em 1990, já no cenário da contra-reforma “a ausência de um

grande pacto relativo ao desenho e montagem inicial do SUS, redundou em resistência de toda ordem na fase de implementação” (LABRA, 2001, p. 372).

Acrescentem-se, no contexto dessa década, a política de ajuste imposta pelo governo federal, com exigência de encargos extras para estados e municípios, aprofundando ainda mais as desigualdades sociais e regionais, gerando grandes iniquidades. Para alguns autores, no contexto dos anos 90,

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa visão focalista onde o local é privilegiado, como único espaço capaz de dar respostas supostamente mais eficientes e acordes às necessidades da população. Retrocedemos a uma visão comunitária onde as pessoas e as famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem estar (NORONHA e SOARES, 2001, p. 446).

Em suas recomendações para os países pobres, o Banco Mundial sugere que a saúde seja um benefício que o estado deve promover apenas em certas condições e que a prioridade deve ser o financiamento de pacotes restritos de medidas em saúde pública e de intervenções clínicas essenciais. Para tanto, sugere medidas como: criar um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de saúde, tornar mais criterioso o investimento em saúde e facilitar a participação do setor privado (LIMA, 1996).

Nesse contexto, o governo Collor,

[...] possibilitou que os conservadores do seu governo se apoderassem de experiências/idéias vividas por estados e municípios populares e progressistas fazendo com que diversos técnicos, sensíveis, sérios e éticos, acreditassem que, de fato, aquele governo tinha propósitos para resolver os graves problemas de saúde do país. Nesse terreno fértil, nasceram várias políticas sociais de cunho assistencialista, dentre elas o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS-, mas com grande potencial socializante (SOUZA, 2001, p. 47).

Nessa conjuntura, o agente comunitário de saúde constitui-se em um agente nuclear para viabilizar o apoio, a implementação e o desenvolvimento de ações básicas voltadas para a comunidade, de forma a expandi-las e a fortalecê-las, agora, em nível nacional.

3.4 A necessidade de enfrentamento da conjuntura epidemiológica e ameaça da epidemia de cólera

A partir da reintrodução da epidemia de cólera no país, em 1991, pelo Alto Solimões, no Amazonas, foram registrados 5 mil casos, aproximadamente, a décima parte do ano anterior e, em 1996, houve confirmação de 900 casos.

Em fevereiro de 1992, a cólera foi detectada no sertão da Paraíba e, logo em seguida, em Pernambuco, apresentando características explosivas, o que indicava que o potencial de transmissão já era particularmente alto antes do início da epidemia nesses estados. Até o final de 1992, todos os estados do Nordeste foram atingidos.

Em 1993, observou-se o recrudescimento da cólera em alguns estados do Nordeste e seu avanço para as regiões Sudeste e Sul, tendo sido registrados casos em Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná.

Verificou-se ao longo de todo o período, expansão progressiva da área de transmissão da doença, que chegou a atingir 1226 municípios brasileiros (22% do total), quase todos localizados nas regiões Norte e Nordeste.

Admite-se que a epidemia tenha praticamente esgotado as áreas mais vulneráveis, onde predominam precárias condições de saneamento, que favorecem a endemicidade.²³

Como o combate à doença admite a adoção de medidas simples dirigidas aos indivíduos, ao saneamento ambiental, higiene alimentar e práticas de saúde pública em geral; a necessidade de se antepor à doença, controlando a sua disseminação pelo país, trouxe a urgência de implementar mais rapidamente o PACS, antecipando a entrada em campo de um contingente novo de recursos humanos, para enfrentamento da epidemia e dos riscos associados a ela.

3.5 Reconhecimento e incorporação da experiência bem sucedida do Estado do Ceará

Muito embora o Brasil já tivesse implementado expressivas experiências com agentes comunitários de saúde ou similares, o Ceará notabilizou-se pela estratégia

²³ Para conhecer as condições de saúde do Brasil, incluindo cólera, buscar: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE/CENEPI. Relatório Epidemiológico-1995, 16 pág., Brasília, 1996.

estruturada e rapidamente expandida no estado, de utilização desses trabalhadores para prioritariamente contribuir para redução da mortalidade infantil e materna e concomitantemente ampliar a cobertura dos serviços de saúde para áreas tradicionalmente desprovidas de assistência.

Logo após a sua implantação, e em plena fase de implementação, um estudo de caso sobre o programa de agentes de saúde do Ceará, divulgou os dados coletados em 31 municípios e respectivos resultados das duas investigações feitas.

Na comparação dos dados dos dois estudos deve-se atentar para uma queda notável de mortalidade infantil proporcional por diarreia, que respondia por 48,3% dos óbitos de menores de um ano, no período de 1985-87 e por somente 31,7% dos óbitos nesta idade, no período de 1988-90.

A mortalidade infantil por todas as causas também sofreu uma queda expressiva de 32%, sendo estimados em 95 por mil nascidos vivos para o ano de 1986 e em aproximadamente 65 por mil para 1989.

O estudo constatou ainda que em várias localidades, os agentes aplicavam injeções prescritas por médicos de serviços públicos ou vacinas injetáveis, ações em princípio não previstas. Por outro lado, evidenciou-se a insatisfação dos próprios agentes e de lideranças, técnicos e autoridades locais com relação ao fato de os responsáveis das áreas rurais não terem recebido treinamento específico para algumas ações de enfermagem (curativos, injeções, retirada de pontos).

Para aqueles que atuavam muito distantes da sede, a falta de treinamento e material adequado para essas ações curativas, criou dificuldades também para as atividades preventivas (MINAYO; DIELIA; SVITONE, 1990).

De igual forma, Tandler (1998) aponta que muito dos trabalhadores dos municípios onde o programa de saúde teve melhores resultados, fizeram coisas que não se encaixavam rigorosamente dentro da definição de seu campo de ação.

As tarefas extras eram de três categorias: execução de algumas práticas curativas, em vez de preventivas, o lançamento de campanhas em toda comunidade para reduzir os riscos da saúde pública e ajuda às mães com tarefas comuns não diretamente ligadas à saúde. Em todas essas áreas os agentes assumiram grande variedade de tarefas voluntariamente, o que muito apreciaram.

Os procedimentos curativos executados eram muito simples: retirar pontos, tratar feridas, dar injeções, fornecer orientações, tratar resfriados e gripes, levar uma criança doente para o hospital. Foi com este pano de fundo que encaravam as

tarefas curativas simples como um “meio de entrada” na saúde preventiva. A perseverança foi recompensada.

Primeiro eu ganhei o respeito e a confiança dos familiares tratando feridas ou dando uma injeção [...], e agora as famílias me ouvem quando eu falo com elas sobre amamentação ou higiene melhor, ou nutrição. (Agente de Saúde - Ceará, apud TENDLER, 1999, p. 61).

Da mesma forma, desejava o então Ministro da Saúde,

[...] deverão ser pessoas da comunidade, que serão treinadas para aplicar vacinas e fazer um diagnóstico dos problemas mais simples de saúde, afirma o ministro [...]. (domingo, 26 de maio de 1991, o Estado de São Paulo, apud SOUZA, 2000, p. 49)

Em 1993, o UNICEF concedeu o prêmio “Criança e Paz”, aos agentes do Ceará pela experiência bem sucedida e contribuição na diminuição dos indicadores de saúde das crianças e mães para atendimento das metas do Encontro Mundial de Cúpula pela Criança – Pacto pela Infância.

Tendler (1997), ao avaliar o sucesso do programa do governo estadual do Ceará e sua secretaria de saúde na criação de uma aura de missão envolvendo o programa de agentes comunitários e de um extraordinário respeito por seus funcionários nas comunidades onde eles atuaram, atribui, dentre outros fatores,

[...] ao processo de contratação por mérito dos 7300 agentes de saúde – incomum para um contingente tão grande de funcionários com baixa remuneração e que não têm estabilidade no emprego – e publicidade incessante sobre o programa e suas realizações. (TENDLER, 1998, p. 66).

A publicidade colocou os funcionários do programa sobre um refletor público que lhes conferiu reconhecimento generalizado, e também aos municípios, com sucessivos prêmios para os que apresentassem bons indicadores de mortalidade infantil, assim como em outros indicadores de saúde.

O processo de contratação teve um grande impacto sobre o modo como os funcionários e os usuários passaram a ver o programa no Ceará. A equipe de coordenação estadual contratou os agentes em três estágios.

Primeiramente, exigiu de todos os candidatos requerimentos escritos (membros da família e amigos ajudaram os candidatos menos alfabetizados a

preencherem os formulários), dos quais selecionou uma lista de pessoas a serem entrevistadas.

Em seguida, dois membros da equipe (normalmente uma enfermeira e uma assistente social) viajavam até cada cidade para realizar uma reunião em grupo com todos os candidatos. À reunião freqüentemente, se seguia uma série de entrevistas individuais com aqueles que tinham maior probabilidade de serem selecionados.

Foi a esse processo que a autora denominou de contratação por mérito,

Ser escolhido para o trabalho de agente de saúde foi como receber um prêmio importante em público. Isso significou que os trabalhadores recém-contratados começaram a trabalhar fortemente influenciados pelo prestígio que o processo de seleção e o trabalho que tinham ganho lhes concediam (TENDLER, 1997, p. 49).

Lima (2001), ao investigar a utilização do conceito de capital social²⁴, e sua operacionalização na análise de políticas públicas no Brasil, o indica como um exemplo bem sucedido da possibilidade da mobilização de um recurso pré-existente ou de sua construção, como modelo de sinergia Estado-Sociedade e aponta como elementos-chave desse êxito:

[...] a mobilização/construção estariam na continuidade de políticas públicas (no caso cearense a permanência do mesmo grupo político no controle do aparelho do Estado desde 1987); estabilidade dessas políticas; regras claras de funcionamento numa área comumente sujeita à manipulação política e pouco eficaz em seus resultados; sua presença junto à população normalmente desassistida, através de visível contingente de agentes de saúde com a prestação de serviços básicos de informação sanitária; agentes da própria comunidade com relações sociais informais relativamente sedimentadas; ampla informação da população alvo; adoção de regime de trabalho que utiliza a confiança como elemento constituinte da relação de trabalho entre o agente e a comunidade, estabelecendo um controle social sobre o trabalho realizado (LIMA, 2001, p.23).

Enfim, esse conjunto de elementos importantes presentes na construção e implementação do projeto de agentes do Ceará e seus resultados positivos,

²⁴ Segundo o autor, capital social pode ser entendido como o conjunto de normas de reciprocidade; informação e confiança presente nas redes sociais informais desenvolvidas pelos indivíduos em sua vida cotidiana, resultando em numerosos benefícios diretos ou indiretos, sendo determinante na compreensão da ação social.

constituíam-se em um importante indicador de sua efetividade e serviu de paradigma para a estratégia mais ampla, adotada nacionalmente em 1991, pelo Ministério da Saúde, ao lançar o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e indicá-los para todas as regiões brasileiras.

Sem pretender esgotar ou excluir a possibilidade da sinergia de outros fatores, movimentos e vetores que contribuíram para influenciar a idéia da utilização do agente comunitário de saúde nacionalmente pelo país, a partir de 1991, destaca-se que a intenção é tão somente a de resgatar relevantes movimentos presentes naquele contexto, que impulsionaram essa política, reorientando os caminhos da saúde.

A reforma do aparelho do Estado, a implementação de um amplo programa de privatização, a precarização e flexibilização das leis trabalhistas, a reformulação do papel do Estado enfatizando as suas funções reguladoras, a iminência de uma epidemia de cólera no país, a evolução e rápida expansão do tema da promoção da saúde, a necessidade de consolidação do SUS e seus direitos, tendo como referência a experiência bem sucedida do estado do Ceará, confluíram para a entrada em cena desse novo personagem, os agentes comunitários de saúde.

4 METODOLOGIA

Para estudar o perfil dos agentes comunitários de saúde, a providência inicial tomada foi a realização de pesquisa de observação direta do trabalho por eles desenvolvido no contexto onde ocorre (Relatório - Anexo I). A adoção do procedimento teve como objetivos conhecer e compreender a realidade desta categoria de trabalhadores e, sobretudo, de apoiar a construção dos instrumentos-questionários e roteiros - que foram utilizados em momentos metodológicos posteriores.

O questionário é importante para o levantamento de dados e para complementar a pesquisa, mas a realidade é difícil passar para o papel. E um excelente resultado desse estudo é possível se o entrevistador participar da prática do agente comunitário de saúde e acompanhar as visitas domiciliares durante alguns dias em diferente microáreas. (Agente Comunitário de Saúde/ PSF Juiz de Fora).

A observação direta ocorreu durante vinte dias em uma unidade de saúde da zona urbana do município de Juiz de Fora, com o Programa de Saúde da Família em funcionamento há mais de quatro anos, e equipe completa. Essa fase inicial foi importante para o desenho da pesquisa, definição das técnicas e instrumentos e variáveis envolvidas.

Desenho

A pesquisa apóia-se na possibilidade de interação entre as metodologias qualitativa e quantitativa que, por não serem excludentes e atuarem de forma complementar e integrada, possibilitam contemplar os fenômenos estudados em diversas dimensões e complexidades, acrescentando novos olhares a um mesmo tema (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

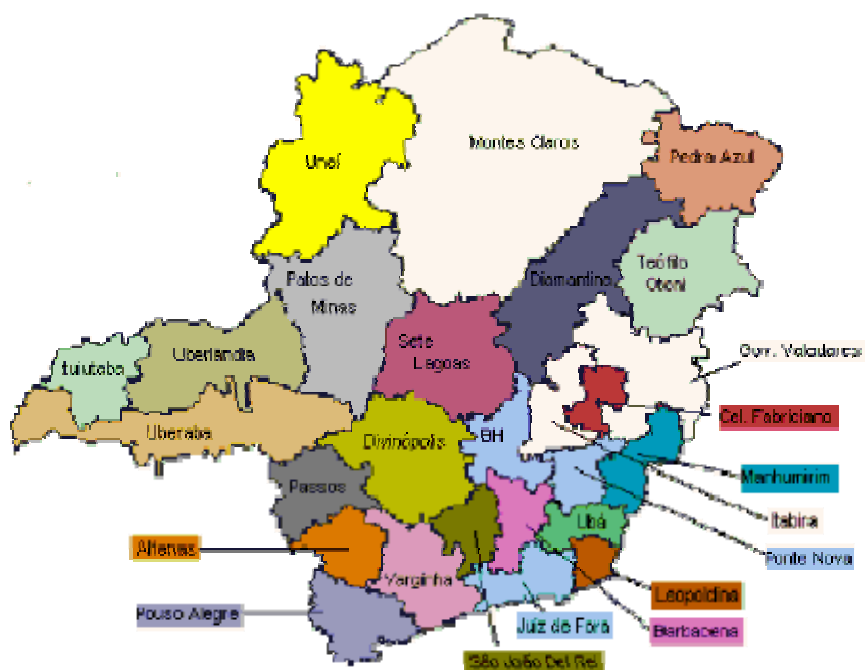
Neste sentido, buscando captar a visão do próprio agente comunitário de saúde, a percepção dos usuários; dos gestores do programa e equipes de saúde da família envolvidos com o seu trabalho, optou-se por uma combinação de técnicas e procedimentos, a partir do seguinte planejamento de pesquisa:

Amostra de múltiplos estágios com conglomerados

A técnica prevê a introdução de múltiplas etapas de seleção, onde os estágios iniciais são chamados de conglomerados ²⁵, sendo que o mesmo princípio de aleatoriedade se aplica a cada um deles. Os municípios participantes da pesquisa formaram o primeiro estágio de amostragem.

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais desenvolve as suas atividades no interior do estado pelas ações das Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde, em número de 26, entre as quais se encontra a Diretoria Regional de Juiz de Fora, como se observa no mapa abaixo:

Figura 1: Mapa de Minas Gerais com divisão em Diretorias Descentralizadas de Saúde



Fonte: MG, Secretaria de Estado da Saúde. 2005

A Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de Juiz de Fora abrange 37 municípios (Quadro 1), sendo que, em 35 deles o Programa de Saúde da Família está em funcionamento.

²⁵ A idéia de conglomerado se refere a uma unidade que aglomera pessoas. Veja-se como exemplo desse tipo de metodologia o livro de BARROS, F. C. & VÍCTORA, C. G. Epidemiologia da Saúde Infantil: Um Manual para Diagnósticos Comunitários, 2a. ed. São Paulo: HUCITEC-UNICEF, 1994.

QUADRO 1: Dados de Juiz de Fora

MUNICÍPIO	Nº EQUIPES	ACS	POP.	COB.
Andrelândia	2	16	12.271	56,23
Aracitaba	1	5	2.020	100,00
Arantina	1	5	2.962	100,00
Belmiro Braga	1	7	3.312	100,00
Bias Fortes	1	6	4.295	80,33
Bicas	4	25	13.120	100,00
Bocaina de Minas	1	10	4.991	69,12
Bom Jardim de Minas	3	18	6.729	100,00
Chácara	1	5	2.183	100,00
Chiador	1	6	2.970	100,00
Coronel Pacheco	1	5	2.826	100,00
Descoberto	1	9	4.625	74,59
Ewbanck da Câmara	1	7	3.676	93,85
Goianá	1	6	3.370	100,00
Guarará	1	6	4.240	81,37
Juiz de Fora	80	462	471.693	58,51
Liberdade	1	6	5.739	60,12
Lima Duarte	3	23	15.933	64,96
Mar de Espanha	3	21	10.747	96,31
Maripá de Minas	1	6	2.659	100,00
Matias Barbosa	3	18	12.476	93,41
Olaria	1	5	2.308	100,00
Oliveira Fortes	1	4	2.137	100,00
Passa Vinte	1	4	2.112	100,00
Pequeri	1	7	3.079	100,00
Piau	1	7	3.005	100,00
Rio Novo	1	8	8.649	39,89
Rio Preto	2	12	5.237	100,00
Rochedo de Minas	1	4	1.983	100,00
Santa Bárbara do Monte Verde	1	5	2.321	100,00
Santa Rita de Jacutinga	2	13	5.238	100,00
Santana do Deserto	1	8	3.849	89,63
Santos Dumont	3	16	47.173	21,94
São João Nepomuceno	3	17	24.281	42,63
Senador Cortes	1	4	2.032	100,00
Simão Pereira	1	5	2.493	100,00
TOTAL	133	791		

Fonte: MG, Secretaria de Estado da Saúde, 2005.

Para representação na amostra do primeiro conglomerado, constituído pelos 37 municípios da área de abrangência da DADS Juiz de Fora, foram extraídos

aleatoriamente 7 deles (cerca de 20%), para inclusão no estudo: Andrelândia, Goianá, Juiz de Fora, Mar de Espanha, Matias Barbosa, Piau e Rio Preto.

Em seguida, foram listadas nos municípios sorteados, todas as equipes de saúde da família que estavam em funcionamento há mais de um ano e que possuíam agentes comunitários de saúde em exercício, também, há mais de um ano. Desse conglomerado, participaram 92 equipes de saúde da família.

O segundo estágio de amostragem para representação das equipes de saúde da família, foi possível obter-se por procedimentos não colocados previamente, recorrendo-se ao banco de dados que compõe o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Foram sorteadas 23 equipes de saúde da família e 129 agentes comunitários de saúde.

Por último, no terceiro estágio, buscou-se uma representação da população usuária a partir do cadastro dos domicílios nas unidades de saúde da família. Integra a amostra 15 domicílios por equipe, que foram extraídos aleatoriamente da base de dados representada na investigação, respeitando-se a divisão da área de abrangência de atuação dos agentes comunitários de saúde, por microáreas específicas.

Em cada domicílio, foi selecionado sem critério pré-estabelecido, entre todos os moradores com mais de 18 anos presentes no momento da entrevista, apenas um para ser entrevistado²⁶.

Assim, a amostra total selecionada para a pesquisa foi de 7 municípios, 129 agentes comunitários de saúde atuante, há mais de um ano no PSF, e 330 usuários desses serviços, conforme pode ser visualizado no quadro seguinte.

²⁶ Se o domicílio estivesse fechado ou não houvesse adulto presente, passava-se para o domicílio contíguo, à esquerda ou à direita, onde houvesse morador que consentisse em participar e atendesse aos critérios do estudo.

QUADRO 2: N° de ACS e Usuários, por Município, Incluídos no Estudo.

MUNICÍPIOS	Nº DE ACS	Nº DE USUÁRIOS	POPULAÇÃO	COBERTURA PSF
Andrelândia	14	45	12.271	56.23
Goianá	5	15	3.370	100.00
Juiz de Fora	73	182	471.693	58.51
Mar de Espanha	14	43	10.747	96.31
Matias Barbosa	8	15	12.476	93.41
Piau	7	15	3.005	100.00
Rio Preto	8	15	5.237	100.00
TOTAL	129	330	708.734	

Fonte: SANTOS, M. R. Amostra para Estudo. Juiz de Fora-MG, 2005.

Técnicas de Coletas de Dados

Com o objetivo de obter informações para a pesquisa elegeu-se uma combinação de instrumentos específicos para cada segmento envolvido:

Para os Agentes Comunitários de Saúde

Utilizou-se um questionário com perguntas objetivas e subjetivas (Anexo II), cuja composição final foi produto de um processo interativo alcançado pela observação direta do trabalho dos sujeitos pela pesquisadora em uma unidade de saúde, na fase preliminar do estudo, conforme já relatado.

Buscou-se proceder ao pré-teste do instrumento com a resposta consentida ao questionário, pelos agentes comunitários de saúde da zona norte do município de Juiz de Fora, com os devidos ajustes de conteúdo e forma.

Tal questionário foi dividido em 04 grandes blocos. No primeiro, os aspectos de identificação e sócio-demográficos são abordados; no segundo, a participação sócio-política em dois momentos distintos: antes e depois de se tornar agente comunitário de saúde; o terceiro e quarto levantam questões sobre o mundo do trabalho, abrangendo a motivação e o perfil de atividades, respectivamente.

Usuários

Elaborou-se um questionário (Anexo III), contendo perguntas abertas e fechadas para ser aplicado neste segmento, cuja manifestação registramos a seguir:

Quanto ao questionário, assim se manifestaram os usuários:

Uma boa entrevista ajudou a ficar mais bem informada. (Usuária/PSF Juiz de Fora)

Gostaria que ela conversasse com a gente o que você me perguntou (Usuária/PSF Juiz de Fora).

O instrumento buscou refletir em suas perguntas aspectos exclusivos da atenção do agente comunitário de saúde às famílias visitadas, assim como aspectos derivativos dessa atenção. Utilizaram-se ainda variáveis universais, como sexo, idade, dentre outras, para configuração do perfil específico do estrato.

Para Equipes de saúde da família e coordenadores de nível central do Programa

Como técnica de captura das informações deste grupo composto por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem, atuantes na assistência e coordenação do Programa de Saúde da Família, foram realizados 04 grupos focais, com uma média de participantes de 10 pessoas em cada um, sendo 01 composto exclusivamente por profissionais das equipes rurais.

Privilegiou-se na seleção dos participantes dos grupos focais aqueles com características em comum, bem como aqueles que se sensibilizaram com o tema e se dispuseram voluntariamente a participar, para discussão das questões contidas em um Roteiro construído preliminarmente (Anexo IV) e coleta do material discursivo/expressivo.

A pesquisadora foi moderadora nos grupos focais e a sua realização proporcionou a oportunidade de conhecer o significado de distintos pontos de vista sobre a temática e dos sistemas representacionais em que se apóiam.

A discussão dos quatro grupos que tomam parte desta investigação se realizou no segundo semestre de 2005, sendo que a duração de cada um deles oscilou entre os sessenta a noventa minutos, envolvendo 47 pessoas.

Técnicas de Registros de Dados

Os dados dos questionários foram introduzidos em uma base eletrônica e posteriormente tratados com o programa estatístico, EPI-INFO-2000.

Em seguida, procedeu-se a uma sistematização inicial, a partir da síntese dos dados processados na base estatística.

O material analisado nos grupos focais foi recolhido em fitas e posteriormente transcrito de forma literal.

Técnicas de análise/interpretação dos dados

As análises foram realizadas, a partir da discussão do que os temas e dados suscitaram, tendo por base a argumentação que os achados facultam, visando aos objetivos e pressupostos deste estudo.

PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

Alguns conceitos e pressupostos constituem-se na base referencial teórica que embasa as discussões sobre o perfil dos agentes comunitários de saúde. A OMS possui alguns documentos e publicações sobre o tema ²⁷. A própria denominação agente de saúde comunitário tem sido debatida em algumas de suas reuniões.

Assim foram resumidas pela OMS as características principais dos agentes: devem ser membros da comunidade em que trabalham e selecionados por ela, respondem por suas atividades perante a comunidade em que trabalham, devem ser apoiados pelo sistema de saúde, sem tomar parte necessariamente de sua organização e devem receber uma formação mais breve do que a dispensada aos trabalhadores profissionais.

Dez anos depois da Conferência de Alma-Ata de 1978, a OMS convocou um grupo de estudo para avaliação da pertinência e atualidade do conceito. O Grupo de Estudo ratificou a definição de agente de saúde comunitário e considerou que, na maioria dos países, sua ampla distribuição é indispensável para alcançar a saúde para todos.

Considerou-se que o agente tem duas funções que se superpõem em parte: a prestação de serviços e a promoção da saúde da comunidade. Ao mesmo tempo deve ser agente da participação comunitária nas tarefas de saúde, o que é indispensável para dominar as distintas causas das enfermidades.

No Brasil, a profissão caracteriza-se pelo exercício de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor local.

Deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: residir na área da comunidade em que atuar e ter concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de agente e o ensino fundamental.

²⁷ El trabajador primario de la salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1980 e o El agente de salud comunitaria: guía de trabajo, pautas para la capacitación e pautas para adaptar la guía. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1987; são algumas dessas publicações.

O critério de residência na comunidade para o ACS significa não apenas divisão do mesmo espaço social, mas principalmente compartilhamento dos significados relativos ao universo social em que coabitam.

Em sua figura destaca-se um traço incomum nos demais trabalhadores da saúde, que é a idéia do território/competência, segundo a qual o território é o âmbito de validade da profissão e da atuação, compartilhando valores e interesses que sedimenta uma identidade coletiva.

Nogueira, Silva e Ramos (2000) identificam dois atributos sociais básicos nos agentes: identificação com a comunidade e pendor para ajuda solidária, sendo esses atributos relacionados com valores culturais compartilhados, com a confiança que desperta nas pessoas, com sua liderança natural e com uma ação que não se restringe aos objetivos da saúde, sendo assim,

[...] um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p.10).

Para a compreensão do perfil social, procuraremos identificar o quanto a presença dos atributos básicos a ele relacionados - identidade com a comunidade e pendor para ajuda solidária - podem ser observados na amostra dessa pesquisa. Interessa-nos ainda, apontar a pertinência e atualidade do conceito de agente comunitário de saúde, confrontando com os pressupostos e critérios do programa oficial.

A inserção dos agentes nas equipes do PSF tem como pressuposto a idéia de que as atividades e o processo de trabalho são por natureza múltiplos. Os caracteres de identidade com a comunidade e pendor para a ajuda solidária entre iguais, pré-requisitos da atividade, pressupõe-se que, quando presentes, influenciam e são influenciados no estabelecimento do perfil de atribuições.

Sendo o seu perfil, complexo, permeável, com fronteiras não tão bem definidas, fluidas, situadas na interface entre as obrigações do Estado para com os seus cidadãos e o protagonismo político da população, é de se esperar, que os agentes executem um conjunto de ações mais extensivas do que as prescritas em

seu perfil oficial, ou seja, entre a “[...] dimensão técnica universalista do trabalho do ACS e a dimensão social comunitarista [...]” (NOGUEIRA, 2002, p.92).

É com base nesse quadro referencial que vamos discutir e analisar o perfil dos agentes comunitários de saúde da Região de Juiz de Fora. As evidências que apóiam as interpretações realizadas podem ser verificadas a seguir, na apresentação de seus resultados.

5 OS RESULTADOS DO PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

5.1 Caracterização da região

No Estado de Minas Gerais as primeiras experiências de implantação do Programa Saúde da Família - PSF, ocorreram em 1994, após a assinatura de Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde.

Inicialmente, 12 municípios foram contemplados com recursos financeiros do MS para a montagem de uma infra-estrutura mínima necessária à implantação do referido programa.

Minas Gerais foi o primeiro estado da federação que instituiu por lei, incentivo financeiro aos municípios que assumissem o compromisso de desenvolver e manter em funcionamento programas específicos voltados para o atendimento à saúde das famílias, mediante comprovação junto à Secretaria de Estado da Saúde. Esta medida ampliou significativamente a adesão dos municípios à estratégia.

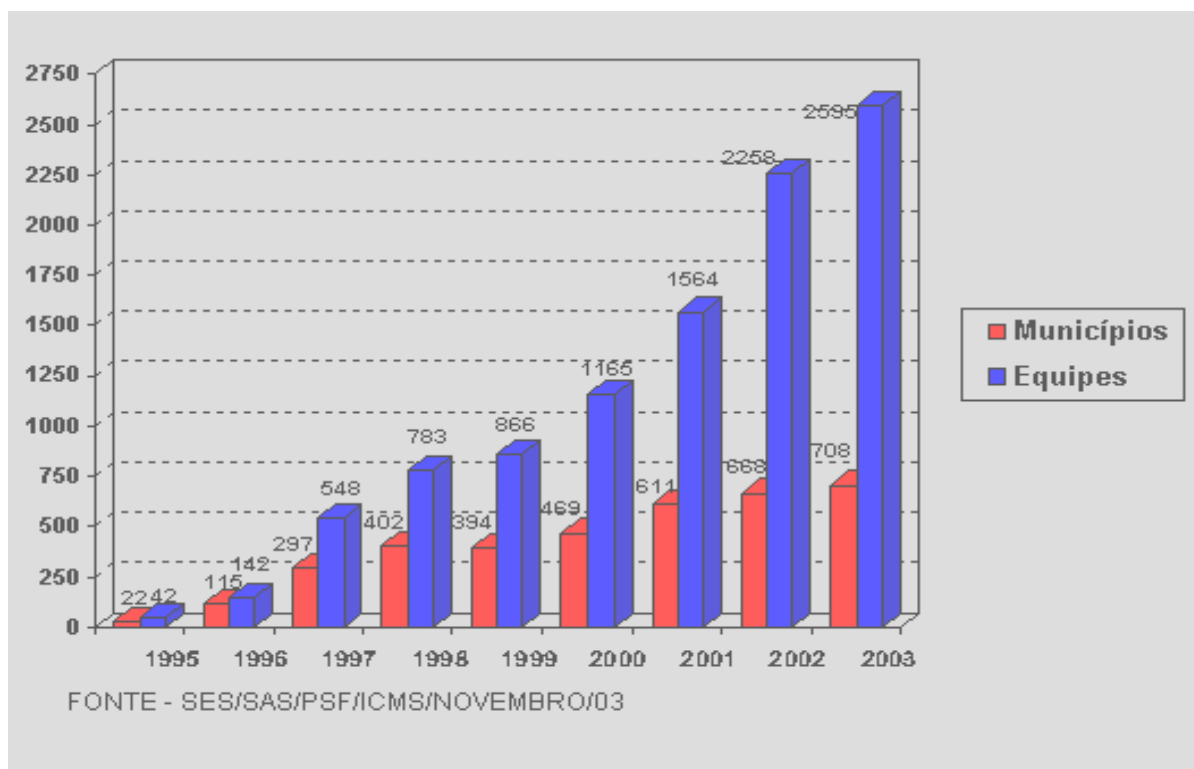
A partir de 1998, o Estado de MG passou também a trabalhar com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS.

Desde 1995, tem sido meta dos governos Federal e Estadual implantarem novas equipes do PSF e PACS, com a finalidade de ampliar a cobertura populacional com assistência à saúde, contribuindo para a organização da atenção básica, com prioridade para as ações de promoção, prevenção de agravos e a oferta de ações curativas de menor complexidade.

Minas Gerais é o Estado com maior atuação do Programa de Saúde da Família no Brasil. Atualmente, 46% da população mineira tem sido beneficiada com as ações do programa voltadas para a atenção básica. São 2464 equipes espalhadas em 701 municípios. A intenção da SES é aumentar ainda mais a área de cobertura do programa. Em 2006, já com o nome de **Saúde em Casa**, o programa vai beneficiar cerca de 70% da população mineira.

Pelo Gráfico 1 se pode observar a evolução da implantação do PSF em Minas Gerais, ano a ano e por município:

**GRÁFICO 1 - Nº de Equipes de PSF e de Municípios em Minas Gerais
1995 -2003**



O PSF está implantado em 708 municípios com uma cobertura de 83% do total dos municípios de Minas Gerais. Em relação ao número de pessoas atendidas pelas equipes, conforme dados contidos no Sistema de Informação da Atenção Básica -SIAB- verifica-se que **8.794.523** pessoas estão sendo contempladas com ações de saúde realizadas pelas equipes do PSF e **1.363.976** pessoas estão recebendo ações realizadas pelos ACS ligados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde.²⁸

A Zona da Mata de Minas Gerais é formada por um conjunto de municípios, sendo composta por sete microrregiões, das quais a de Juiz de Fora é a que possui maior área e população.

É considerada pólo regional devido à sua infra-estrutura de comércio e serviço. A cidade tem um PIB per capita de R\$ 6,2 mil e esperança média de vida de 73,8 anos para homens e 82,6 anos para mulheres, com coeficiente de mortalidade infantil de 21 por 1000 nascidos vivos.

²⁸ Estas informações estão disponíveis no site:

<http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/viewController.jsp?page=384> . Arquivo consultado em: 03 jan. 2006.

Além da estrutura de ensino, a sua rede hospitalar, com 17 hospitais, atende a várias cidades do seu entorno, sendo referência para 126 municípios da Zona da Mata, com a população estimada de 1.800.000 habitantes.

A rede do setor de saúde está estruturada de forma a oferecer serviços básicos, secundários e terciários, sendo as ações de maior complexidade prestadas primordialmente pelo setor privado.

As atividades básicas são desenvolvidas fundamentalmente pelas 56 unidades de saúde do município, que enquanto gestor da área de saúde vem, desde o início da década de 90, implementando medidas que possam contribuir para a mudança do modelo assistencial vigente, a partir da ruptura de práticas determinadas pela perversidade de um sistema que durante décadas vem privilegiando ações individuais seletivas.

A descentralização técnico-administrativa e financeira apresenta-se como uma das estratégias principais para reorganização dos serviços, viabilizada através da proposta de gerências locais. Busca-se, desta forma, a delimitação de territórios a serem apropriados por técnicos e usuários, utilizando-se parâmetros epidemiológicos capazes de identificar os determinantes dos riscos e agravos à saúde da população (JUIZ DE FORA, 1994).

O PSF veio, portanto, ao encontro das propostas então colocadas pelo município, somando-se a outros projetos que já estavam sendo implantados como o Sistema de Vigilância Nutricional – SISVAN e o projeto de Reorganização da Epidemiologia no município - representando a possibilidade de contribuição na complexa interação entre serviços e população, rompendo com a atenção centrada na enfermidade e garantia da atenção integral à saúde, tendo como base de ação o núcleo familiar.

O PSF aponta ainda para o fortalecimento das organizações populares como forças integrantes do processo de planejamento, execução, avaliação e controle das ações a serem efetivadas. Neste aspecto, o município já contava com Conselhos Locais, Regionais e Municipal de Saúde constituídos, importantes conquistas para viabilizar a participação dos usuários. O controle social apresenta-se como instrumento para garantia da qualidade dos serviços prestados.

A implantação do PSF em Juiz de Fora foi desenvolvida a partir de 1994, em 3 fases. A fase 1 compreendeu o diagnóstico preliminar da situação no município, apontando para as áreas e ações prioritárias. Na fase 2, de operacionalização,

iniciou-se a implantação das ações nas áreas definidas. Na fase 3, estendeu-se a implantação das ações a quase todo o sistema de saúde.

Em consonância com uma política de discriminação positiva na definição de prioridade para as ações, a seleção das áreas a serem cobertas pelo PSF resultou da combinação de várias informações disponíveis no município: o Mapa da Fome, elaborado em nível nacional pelo IPEA, uma pesquisa realizada pela Universidade local, que ajudou a guiar a localização dos grupos populacionais na cidade, ao definir as regiões urbanas onde se aglomeravam mais acentuadamente e o Mapa de Risco de Cólera apontando o risco para todo município, assim como outras informações disponíveis na Secretaria Municipal.

Primeiramente, a implantação do PSF foi focalizada nas áreas de maior risco, para em seguida atingir coberturas mais abrangentes, no entanto houve coexistência, por algum tempo, do PSF com o modelo tradicional. Os agentes comunitários de saúde não foram incorporados nesse primeiro momento, por decisão do Conselho Municipal de Saúde.

Somente a partir de 1999 é que os agentes começam a ingressar nas equipes, após se submeterem a processos seletivos que previam: indicação dos candidatos pelos conselhos locais de saúde e equipes das unidades básicas, compondo uma lista com o triplo de candidatos em relação às necessidades definidas para cada área e realização de prova escrita, envolvendo conteúdos de matemática, língua portuguesa e redação. Hoje, os agentes totalizam 462, atuando em 80 equipes de saúde da família.

A localização de Juiz de Fora e a influência acentuada que exerce por ser sede da Diretoria Descentralizada de Ações de Saúde, foi decisiva para a delimitação da expansão e crescimento do PSF nos municípios de sua jurisdição; valendo-se da proximidade, da facilidade de acesso, da experiência acumulada e dos critérios adotados para conformação de suas equipes de saúde da família. Na atualidade, a região conta com 133 equipes, 791 agentes comunitários de saúde, cobrindo 708.734 pessoas.

5.2 A percepção do próprio agente comunitário de saúde

Os dados do Quadro 3 revelam que o grupo de agentes comunitários de saúde, em sua maioria, constituiu-se de mulheres (88.4%), casadas (42.6%), na faixa etária entre 20 a 49 anos (90.4%), com idade média de 24 anos, jovens, portanto, com renda familiar mensal baixa, variando de 01 a 03 salários mínimos.

Como os agentes comunitários de saúde são recrutados e trabalham no lugar de residência e tendo em vista que o Programa priorizou em sua implantação áreas com baixos indicadores sociais e de saúde, era de se esperar que figurassem nesses estratos de renda mais baixa.

QUADRO 3: Características Sócio-Demográficas dos ACS

CARACTERÍSTICA	FREQÜÊNCIA (%) (n=129)
SEXO (% Mulheres)	88.4
IDADE	
MENOR QUE 20	0.8
20 A 49 ANOS	90.4
MAIS DE 50 ANOS	8.8
ESTADO CIVIL	
CASADO	42.6
SOLTEIRO	41.2
OUTROS	16.3
NATALIDADE: MINAS GERAIS	90.5
ESCOLARIDADE	
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	6.2
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	10.9
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	9.3
ENSINO MÉDIO COMPLETO	45.0
SUPERIOR INCOMPLETO	26.4
SUPERIOR COMPLETO*	2.3
CURSO PROFISSIONALIZANTE	
SIM	56.3
NÃO	43.8
SEGUIMENTO ESTUDOS	
SIM	79.1
NÃO	20.2
RENDA FAMILIAR	
01 a 03 SALÁRIOS MÍNIMOS	84.0
MAIS DE 03 SALÁRIOS MÍNIMOS	16.0

* Cursos de Comunicação, História e Pedagogia.

A predominância do sexo feminino demonstra uma participação mais efetiva das mulheres nesse tipo de trabalho, fenômeno observado em nível mundial no

mundo do trabalho em geral e, em particular, na saúde, que vem acompanhando esse processo,

[...] a saúde assume lugar de destaque nesse processo de feminilização. Na década de 70, por exemplo, nas atividades da saúde, as mulheres representavam 41,5% passando para 62,8% na década seguinte (MACHADO, 1997, p. 47).

Essa questão pode ser explicada a partir de aspectos que justificam um maior envolvimento da mulher com o cuidado da saúde, muito embora existam alguns países que as excluam dos processos de seleção para agente de saúde, conseqüência direta de sua exclusão geral do acesso aos cargos públicos.

Entretanto, deve-se considerar o papel tradicional e secular, nas várias sociedades, que a mulher representa como provedora de saúde na família.

As mulheres são, portanto, detentoras de um significativo saber e uma rica prática em saúde que precisam ser considerados pelos profissionais: elas ao cuidarem de si ou de outros, são as principais presenças populares nos serviços de saúde. Não raras vezes, a aparente apatia e desinteresse que demonstram é sinal de resistência e insatisfação ao modo como são tratadas: uma massa uniforme, carente, sem experiência nas questões de saúde e, portanto, necessitando ser doutrinada (DIAS, 1991).

Trata-se de um trabalho socialmente imposto, onde na definição de papéis sociais de uma família, a mulher é a principal, a primeira e a mais importante agente de saúde. Não sem razão, as mulheres têm sido designadas por alguns autores, em alusão aos médicos-descalços da China, de “sanitaristas de pés-descalços”.

As mulheres da classe trabalhadora, pela sua especificidade de condições de vida, desenvolvem, na sua prática cotidiana, uma diversidade de atividades em todo o processo saúde/doença – desde atividades sanitárias e educativas na prevenção, promoção, como no tratamento das doenças - justificando para mim o nome que lhes achei próprio: sanitaristas de pés descalços (DIAS, 1991, p. 41).

As mulheres, portanto, por causa do maior envolvimento com as questões do lar e da saúde, em particular, e por vivenciarem mais de perto os problemas específicos a elas relacionadas, embora “leigas”, podem ser consideradas um recurso humano cheio de potencialidades para o trabalho como agente de saúde, agora, de toda a comunidade, e não somente da família.

A concentração de agentes jovens reflete um outro fenômeno observável para o conjunto da força de trabalho em saúde em geral, ao qual, Machado (1997) se refere como a um processo de rejuvenescimento que vem acarretando alteração na pirâmide etária verificada atualmente, muito embora em alguns países se tenha observado que os candidatos mais jovens e mais instruídos resultam menos motivados e eficazes como agentes de saúde comunitários.²⁹

Os dados mostram que 45% dos agentes possuem o ensino médio completo e cerca de 26% o superior incompleto, refletindo altos padrões de escolarização formal, acima dos requerimentos exigidos pelo programa e pelos processos seletivos, a escolaridade primária. Isso pode facilitar o alcance de bons resultados para os objetivos da função de mediação social exercida pelos agentes, onde as competências associadas à comunicação e a de busca e alinhamento das associações simbólicas possíveis centradas no ambiente geográfico onde acontecem são importantes, bem como a facilitação do processo de profissionalização desses trabalhadores, considerando as perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil, que apontam para a elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional.

Por outro lado, 56.3% já possuem algum curso profissionalizante e 79.1% pretendem dar seguimentos aos estudos, sendo os cursos pretendidos e os já cursados, listados nos Quadros 4 e 5, respectivamente.

²⁹ Community health workers: pillars for health for all. Report of the Interregional Conference, Yaoundé, Cameroon, 1-5 December 1986. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1987.

QUADRO 4: Frequência dos Cursos Profissionalizantes dos ACS

1.1.1	CURSO	FREQÜÊNCIA (N= 65)	PERCENTUAL %
	AGENTE DE SAÚDE BUCAL	02	3.0
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	02	3.0
	CONTABILIDADE	04	6.2
	DATILOGRAFIA	04	6.1
	ELETROTÉCNICA/ELETRÔNICA	05	7.6
	INFORMÁTICA/COMPUTAÇÃO	11	16.9
	MAGISTÉRIO	06	9.2
	PANIFICAÇÃO	02	3.0
	SECRETÁRIA	02	3.0
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	16	24.5
	TÉCNICO EM NUTRIÇÃO	01	1.5
	TÉCNICO EM QUÍMICA	05	7.6
	TIPOGRAFIA	01	1.5

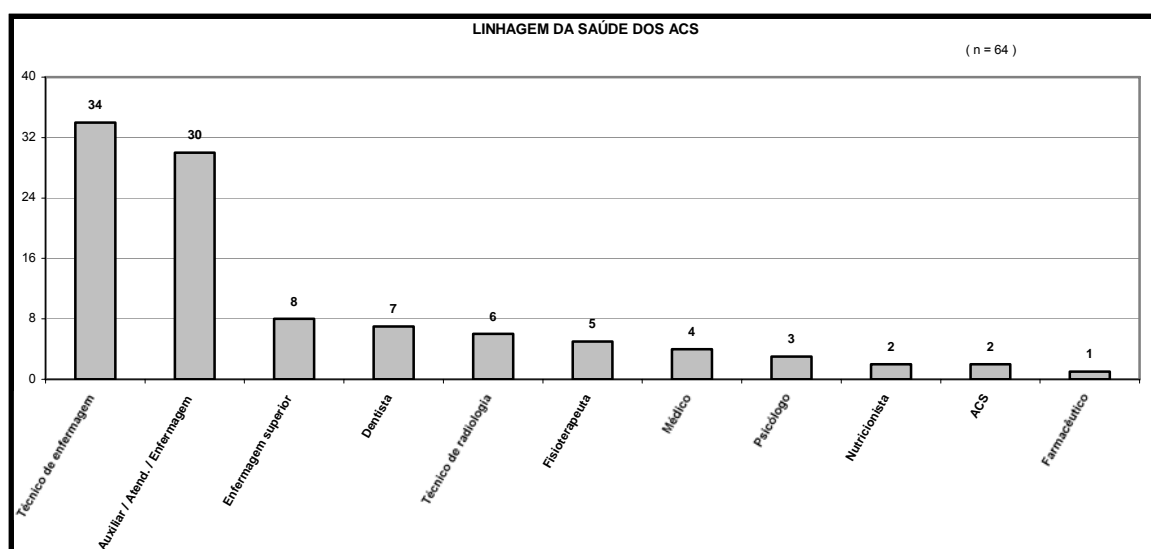
QUADRO 5: Cursos Pretendidos pelos ACS

SUPERIOR (n= 74)	FREQÜÊNCIA	%	ENSINO MÉDIO (n=74)	FREQÜÊNCIA	%
ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS	01	2.9	CONCLUIR O QUE ESTÁ FAZENDO	06	8.1
ÁREA DE EXATAS	01	2.9	CURSOS PROFISSIONALIZANTES		
ÁREA DE HUMANAS	01	2.9	NORMAL SUPERIOR	04	16.0
ÁREA DA SAÚDE	02	5.8	TÉCNICO EM ELETRÔNICA	02	6.0
DIREITO	02	5.8	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	16	64.0
EDUCAÇÃO FÍSICA	01	2.9	TÉCNICO DE LABORATÓRIO	03	12.0
ENFERMAGEM	17	50.0	ENSINO MÉDIO	09	12.1
GEOGRAFIA	01	2.9			
HISTÓRIA	02	5.8			
MATEMÁTICA	01	2.9			
PEDAGOGIA	02	5.8			
PSICOLOGIA	01	2.9			
SERVIÇO SOCIAL	02	5.8			
TOTAL	34		TOTAL	40	

Destacam-se, entre os que já têm curso profissionalizante, aqueles que são técnicos de enfermagem e, os que pretendem o ensino superior, os que querem cursar Enfermagem (50%) ou no nível médio, matricular-se no Curso de Técnico de Enfermagem (64%).

Outro ponto relevante na configuração do perfil do agente refere-se à ocupação profissional dos seus parentes³⁰ como pais, cônjuges, avós, filhos, tios, primos, sobrinhos ou netos. Nos parentes dos agentes predominam os técnicos de enfermagem (34), seguidos de perto pelos auxiliares/atendentes de enfermagem (30) e dos enfermeiros (8) conforme verificado no gráfico a seguir:

GRÁFICO 2: Linhagem na Saúde dos ACS



Este aspecto familiar revelado pela origem no grupo da enfermagem dos parentes dos agentes, associado à predominância dos técnicos de enfermagem e da pretensão de serem enfermeiros diplomados ou técnicos de enfermagem, evidencia, como em suas origens, no Ceará, que os agentes por realizarem cuidados de saúde com as pessoas se vêem muito próximos do campo dos profissionais do grupo de enfermagem e que,

[...] o exemplo é a profissão da enfermagem (tradicionalmente feminina) servem-lhe de modelo, de padrão a ser seguido. As agentes – “as”, no feminino, pois a participação de mulheres é quase absoluta – ou visitadoras de saúde, são escolhidas entre as residentes mais antigas na comunidade - pelo programa e recebem a instrução e supervisão de enfermeiras (CASTRO SANTOS, 2003, p. 54).

³⁰ Esse questionamento em relação aos parentes foi utilizado na pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil, Fiocruz/CFM, 1997.

Assim também demonstra a assistente social, avaliando a inserção do agente comunitário de saúde no PSF,

Melhorou o sistema de informação, trabalhos educativos nas microáreas, identificação de situação de risco com maior presteza. O que há de negativo é que muitos agentes comunitários de saúde querem tornar-se auxiliares de enfermagem, ou até mesmo enfermeiros-chefe (Assistente Social/ PSF Juiz de Fora).

É interessante ressaltar ainda, o percentual dos agentes que afirmam ter curso de informática/computação (16.9%), pela importância dessa capacitação no mundo contemporâneo e, sobretudo, por sinalizar para um fator facilitador para o entendimento, manejo e gerenciamento das informações obtidas nas visitas à comunidade e processadas no SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, em que o agente figura como peça-chave na alimentação dos seus registros.

O Quadro 6 mostra as características da participação sócio-política referentes ao período anterior à condição de agentes e depois de já inseridos no trabalho das equipes de saúde da família.

Por definição, os agentes devem residir na área de abrangência em que atuam. Os dados apontam que grande parte não só reside, mas há muito tempo: há mais de 10 anos no município (96.5%), no bairro (66.4%) e até mesmo na microárea (58.5%). Esses percentuais evidenciam uma microlocalização do agente em nível da cadeia dos serviços, estando presentes nas menores unidades do sistema - as microáreas - potencializando a fonte de informação, assistência e ajuda que esse fato pode representar para os residentes.

Pelos percentuais apresentados na situação anterior à condição de agente, percebe-se que, apesar de serem moradores antigos do município, do bairro e da microárea em que atuam, têm fraca participação nas atividades (32.3%), nas reuniões da comunidade (21.7%) e em movimentos/entidades fora do bairro (25.2%).

Alegam conhecer muitas pessoas e famílias do bairro (72.1%), gostar das pessoas e famílias (95.7%), apesar de declararem que necessariamente não são uma referência para a comunidade na resolução e encaminhamento dos problemas de saúde (18.5%). Conhecem as condições de vida dos seus lugares de procedência (74.2%) e em menor grau, as condições de saúde dos moradores (45.7%).

Têm representatividade relativamente baixa nas distintas organizações comunitárias: grupos religiosos (11,4%), associação/sociedade de moradores (3,8%), conselho de saúde (1,4%) e outros conselhos (0,7%), que são a expressão política dos moradores e das disputas a esses grupos relacionadas.

No entanto, observa-se um incremento nos percentuais, em todos os itens levantados, após terem assumido o ofício de agente comunitário de saúde, com destaque especial para a representação em grupos religiosos que atinge 26,2%, trazendo à tona a força das iniciativas localizadas na esfera religiosa cristã, nos anos 70, no desenvolvimento de ações na área da saúde voltadas para a formação de agentes comunitários e que resultaram na criação de espaços da ação pastoral, fortes e presentes até hoje, em muitas comunidades.

Essa adesão política verificada na intensidade das participações depois de se tornarem agentes, provavelmente encontra explicação, na necessidade que têm de se apropriarem de conhecimentos que os permita sensibilizar, movimentar e organizar as coletividades, a fim de promover a saúde dela própria; razão maior de seu trabalho e que tem reflexo direto em suas atividades.

QUADRO 6: Participação Sócio-Política dos ACS

ANTES DE TORNAREM –SE ACS	%	APÓS TORNAREM-SE ACS	%
TEMPO DE RESIDÊNCIA NO MUNICÍPIO	96.5	PARTICIPAÇÃO REUNIÕES CONSELHOS	54.3
TEMPO DE RESIDÊNCIA NO BAIRRO (+ DE 10 ANOS)	66.4		
RESIDÊNCIA NA MICROÁREA	58.5		
CONHECIMENTO DAS PESSOAS E FAMÍLIAS (MUITAS)	72.1	CONHECIMENTO DAS PESSOAS E FAMÍLIAS (MUITAS)	95.3
PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES NA COMUNIDADE	32.3	PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES NA COMUNIDADE	79.0
REPRESENTANTE		REPRESENTANTE	
GRUPO RELIGIOSO	11.4	GRUPO RELIGIOSO	26.2
ASSOCIAÇÃO/SOCIEDADE DE MORADORES	3.8	ASSOCIAÇÃO/SOCIEDADE DE MORADORES	6.4
CONSELHO DE SAÚDE	1.4	CONSELHO DE SAÚDE	2.9
OUTROS CONSELHOS	0.7	OUTROS CONSELHOS	1.1
CHAMADO PELA COMUNIDADE	18.5	CHAMADO PELA COMUNIDADE	92.9
EVITAVA PARTICIPAR DE MOVIMENTOS E LUTAS	12.6	PARTICIPAÇÃO EM MOVIMENTOS E LUTAS	28.9
PARTICIPAÇÃO EM MOV./ENT. FORA DO BAIRRO	25.2	PARTICIPAÇÃO EM MOV./ENT. FORA DO BAIRRO	29.0
CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES DE VIDA	74.2	CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES DE VIDA	96.1
CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE	45.7	CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE	97.6
GOSTO PELAS PESSOAS E FAMÍLIAS	95.7	GOSTO PELAS PESSOAS E FAMÍLIAS	99.2
INICIATIVA DE ORGANIZAÇÃO	34.6	INICIATIVA DE ORGANIZAÇÃO	65.2
PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES COMUNITÁRIAS	21.7	PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES COMUNITÁRIAS	58.1

Somente para 10.2% dos entrevistados, o ofício de agente foi o primeiro emprego (Quadro 7). Na Figura 2, estão representadas as atividades desempenhadas no último emprego, agrupadas, na medida do possível por setores econômicos.

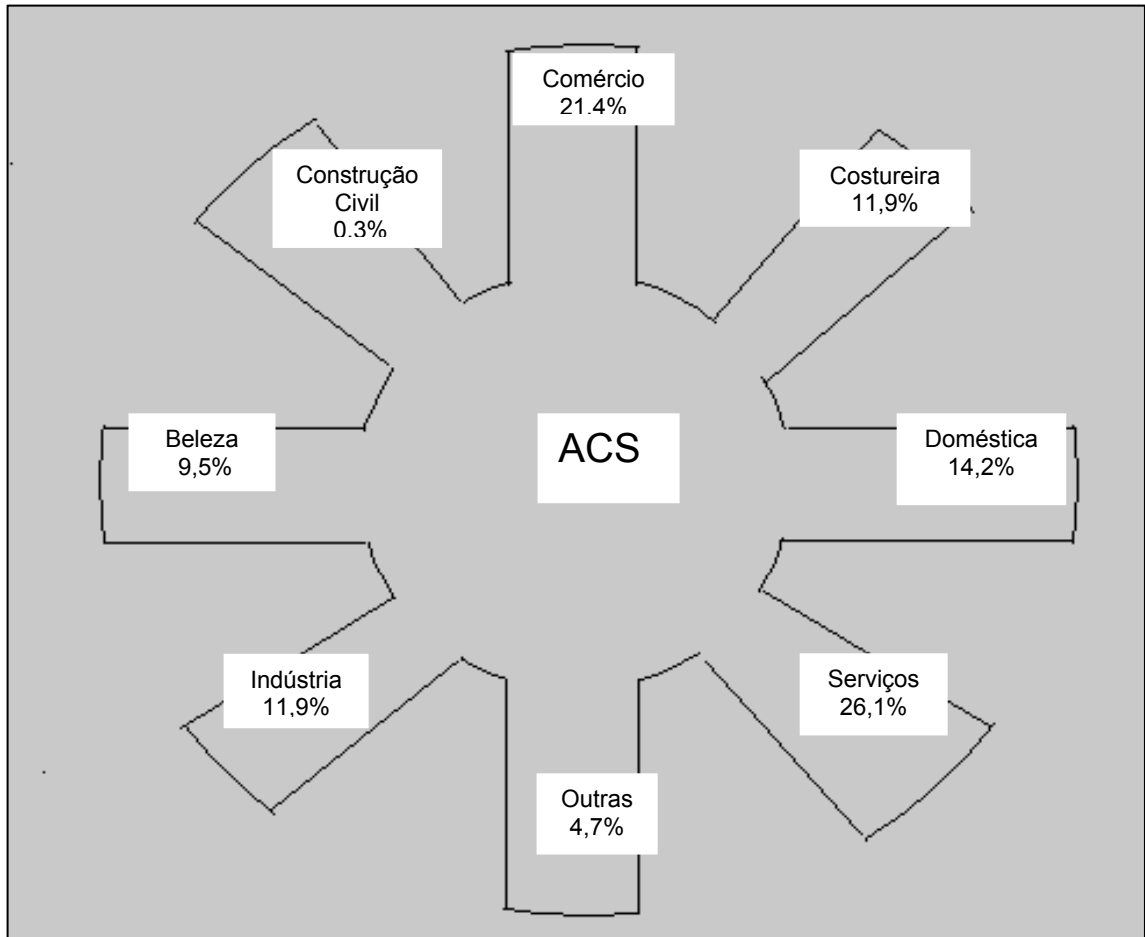
No comércio, estão incluídas funções de revendedora, técnica de vendas, atendente de caixa, balconista, frentista, comerciante, caixa, fiscal de loja, vendedora autônoma, gerente de loja, auxiliar de escritório, secretária; na construção civil: pedreiro, auxiliar de pedreiro; pintor e servente.

Na área de costura: overloquista, bordadeira, retista e costureira; na área de beleza: manicuro, esteticista, cabeleireira, massagista; nas atividades domésticas: babá, empregada doméstica, caseiro, faxineiro; na indústria: operária de malharia, tecelagem e lapidação de diamantes; nos serviços: militar, professora, auxiliar e técnico de enfermagem, cobradora, zelador de condomínio, auxiliar de serviços gerais, recepcionista, merendeira escolar e em outros estão incluídos os prestadores de serviços autônomos na área de informática/computação. Algumas dessas ocupações são relatadas pelos agentes como prestação de serviços esporádicos e empregos não formais.

À semelhança do que a figura sugere mostrar, identifica-se nas relações prévias de trabalho dos agentes, uma camada diversificada de profissionais, alguns exercendo atividades de forma precária e o predomínio de ocupações que não exigem qualificação formal, onde os exercícios de atividades típicas da área de saúde constituem muito mais uma exceção do que a regra.

Figura 2: Atividades Desempenhadas pelos ACS no Último Emprego

(n=84/115)



O Quadro 7 demonstra algumas características relacionadas ao trabalho do agente comunitário de saúde.

QUADRO 7: Características do Trabalho dos ACS

CARACTERÍSTICA	FREQÜÊNCIA % (n= 129)
ATIVIDADE CONCOMITANTE	21.7
MOTIVAÇÃO PRINCIPAL: OPORTUNIDADE DE TRABALHO	43.4
1º EMPREGO	10.2
CONHECIMENTO DAS FUNÇÕES	58.9
CONHECIMENTO DO PSF	41.1
PREPARAÇÃO ESPECÍFICA	88.4
CORRESPONDÊNCIA - PREPARAÇÃO/PRÁTICA	81.1
CORRESPONDÊNCIA – PRÁTICA/EXPECTATIVA	76.2
LOCAL MAIS FREQUENTE DE DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES – DOMICÍLIOS	82.9
MODALIDADES DE AÇÕES MAIS FREQUENTES:	
PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS	73.6
ARTICULAÇÃO SETOR PÚBLICO	51.2
ARTICULAÇÃO COM SOCIEDADE ORGANIZADA	35.5
PROFISSIONAL QUE MAIS PROCURA - ENFERMEIRO (a)	58.9
PROCURA FORA DA JORNADA	86.7
DEFINIÇÃO DAS AÇÕES - DE ACORDO COM AS NORMAS DA PREFEITURA	94.5
VISITA TODAS AS FAMILIAS	71.1
CONTRIBUIÇÃO AO TRABALHO PELO CONHECIMENTO PRÉVIO	96.9
OPINIÃO DO TRABALHO:	
IMPORTANTE, PORQUE AJUDA RESOLUÇÃO SAÚDE/DOENÇA.	66.1
ACESSO AOS PRONTUÁRIOS DOS USUÁRIOS	35.1
ESQUEMA DE VISITAS:	
VISITA PRIMEIRO ÀQUELES QUE NÃO TÊM RISCO	72.5
VISITAS PERDIDAS	87.5
PRINCIPAL MOTIVO DAS VISITAS PERDIDAS:	
NÃO ENCONTRA AS PESSOAS NOS DOMICÍLIOS	90.2
PLANEJAMENTO DO TRABALHO:	
ROTINA PROPOSTA PELO ENFERMEIRO	95.3

Evidencia-se que, apenas 21.7% exercem atividade concomitante ao ofício de agente, sendo a maioria, dedicação exclusiva. Dentre as atividades exercidas foram listadas muitas daquelas que os agentes exerciam previamente e que são passíveis de acumulação, por não exigirem jornada de trabalho extensa e poderem ser executadas de forma autônoma, como as funções de acompanhante de pessoas acamadas, manicuro, pedicuro, esteticista, professora particular, salgadeira, dentre outras.

Revelam que a motivação principal para se candidatarem ao emprego de agente foi a oportunidade de trabalho surgida (43.4%), que tinham conhecimento das funções que iriam desempenhar (58.9%) e em menor percentagem, sabiam da existência do PSF (41.2%).

O contingente de agentes comunitários de saúde que teve uma preparação específica para o trabalho é alto, representando (88.4%) da amostra, como também o é daqueles que declararam que o treinamento atendeu às necessidades oriundas da prática, havendo correspondência entre os conteúdos abordados e as tarefas a serem desempenhadas.

Para 81.1% dos entrevistados a expectativa que tinham em relação ao trabalho, teve correspondência com as tarefas que se esperava que realizassem nas comunidades para as quais se destinavam.

Para 82.9% o local mais freqüente de desenvolvimento das ações é o domicílio, confirmando que a visita domiciliar no contexto familiar, onde ela se desenvolve, é um dos principais instrumentos de prestação de assistência às famílias.

A maioria (71.1%) visita todas as famílias da sua microárea e para 96.9% o conhecimento prévio das pessoas traz facilidades para o desenvolvimento do trabalho.

Na organização do esquema de visitas, primeiro, os agentes se dirigem aos domicílios onde os moradores não têm maiores riscos (72.5%), sendo 87.5% o percentual daqueles que declararam que perdem freqüentemente visitas, cujo principal motivo refere-se ao fato das pessoas não se encontrarem nos domicílios (90.2%).

A análise dessa questão da visita nos remete à observação direta do trabalho do agente realizada inicialmente (Relatório, no Anexo I), em que foi constatado que a visita, instrumento eficiente para propiciar e desencadear ações promocionais e preventivas nas famílias pode estar se transformando em uma atividade social com pouca resolutividade, já que deveria se visitar primeiro aqueles que têm mais riscos associados e, não o contrário, como vem ocorrendo.

Assunção (2000) ao estudar a visita domiciliar, realizada pelo agente comunitário de saúde no contexto do Programa de Saúde da Família, revela preocupações, ao concluir que foi possível detectar falta de seqüência lógica para o seu desenvolvimento; o uso restrito de recursos materiais informativos que possam enriquecer o aprendizado do usuário; o contato amigável estabelecido, sugerindo

atividade social; transferência da condução da visita para outros membros da equipe, quando estão acompanhados por eles e as dificuldades de aceitação, por parte da comunidade, das orientações que lhes são repassadas.

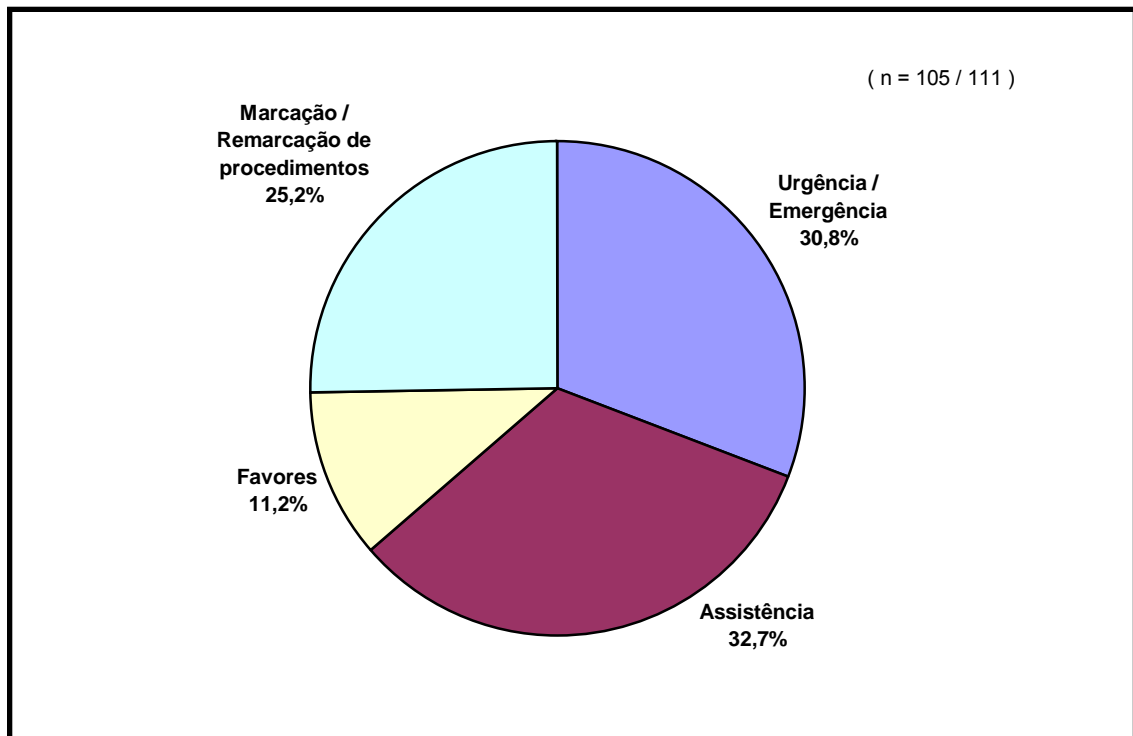
Os enfermeiros são os profissionais a quem os agentes comunitários recorrem com mais frequência (58.9%) e o planejamento da rotina diária e mensal da sua agenda também são feitos em conjunto com esse profissional. Ainda que se considere que a supervisão, como atualmente previsto, deva ser de responsabilidade de toda a equipe da atenção básica e sob vigilância da comunidade, verifica-se que o pessoal que desempenha funções fundamentalmente clínicas nas unidades fica sobrecarregado de trabalho e não dispõe de tempo e/ou dão menos importância à supervisão dos agentes, ficando encarregados da missão, os enfermeiros, como inicialmente previsto no programa do Ceará e na versão inicial do PACS.

Quanto à composição das ações, agentes afirmam que executam mais atividades vinculadas à prevenção de doenças e agravos (82.9%) e que as prioridades são definidas de modo a satisfazer do melhor modo às normas e parâmetros vigentes no programa, emanadas da Secretaria de Saúde e, não às necessidades da comunidade.

Relatam que articulam recursos e serviços do setor saúde e de outros vários setores, tendo a responsabilidade de garantir o acesso da comunidade aos mesmos (51.2%), mas têm mais dificuldades quando se trata de articulação com outros setores da sociedade civil organizada (35.5%).

Revelam a importância do trabalho do agente na saúde e doença da população, mas não manifestam necessidade de ter acesso às informações técnicas contidas nos prontuários dos pacientes (35.1%), alegando que essas informações pertencem ao campo da autonomia, e englobam a intimidade, a vida privada, a honra das pessoas e que o direito de comunicação a quem quer que seja pertence e deve ser definido pelos próprios usuários, nas condições e momentos em que os mesmos definam que devam ser revelados.

São procurados fora do horário da jornada habitual pelos moradores e vizinhos (86.7%), sendo que os motivos mais frequentes podem ser visualizados no Gráfico 3.

GRÁFICO 3: Motivos referidos pelos ACS para procura fora do horário

Apesar dos agentes não executarem tarefas curativas, observa-se que os principais motivos das chamadas referem-se a questões ligadas à prestação direta de assistência (32.7%) e à urgência/emergência (30.8%).

Dentre as necessidades incluídas no campo da assistência estão inseridas a aferição de pressão arterial, realização de curativos, retirada de pontos, aplicação de injeções e vacinas, realização de nebulizações, cuidados com a higiene dos acamados, uso de medicação, dentre outras.

Na área de urgência/emergência as pessoas recorrem ao agente para pedir socorro em casos de acidentes domésticos, violência intrafamiliar, chamada de ambulância, transporte de enfermos para o hospital, pacientes em estado de emergência e risco de vida, dentre outros.

Uma agente assim se refere a esses casos, justificando a chamada fora do horário:

Querem saber o que têm, por que estão passando mal e o que têm que fazer. (Agente comunitário de Saúde/PSF Juiz de Fora)

Obviamente que os agentes não têm como resolver muitas dessas solicitações, muito embora freqüentemente a população o enxergue como a única fonte de tratamento disponível no local.

Os agentes relatam que essas situações provocam tensões nos relacionamentos com as famílias e diminuem as probabilidades de que essa mesma população “em emergência” coopere com os serviços preventivos e de promoção de saúde; esses sim de responsabilidade dos agentes.

No campo marcação/remarcação de procedimentos incluem-se consultas, exames, consultas especializadas, visitas domiciliares dos médicos e/ou da equipe de saúde da família.

Na prestação de favores as solicitações envolvem encaminhamentos para outros órgãos públicos, solicitação de capina, de destino de lixo e até de consertos nos próprios domicílios, como telhados, barrancos, vazamentos, etc.

Ainda em relação ao mundo do trabalho dos agentes, verificam-se nos gráficos a seguir, as formas utilizadas para contratação e os respectivos vínculos.

No Gráfico 4, observa-se que a maioria das contratações dos pesquisados se dá por contratação indireta, mediante contrato, convênio ou termo de parceria com entidade de direito privado e, uma pequena parte por contratação direta, pelo próprio município.

O tipo de vínculo mais utilizado é o que se rege pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) na contratação indireta, e nas modalidades de cargo em comissão (3%%) e regime estatutário (3%) para a contratação direta (Gráfico 5).

Pelo Gráfico 6, observa-se que os agentes comunitários de saúde em grande proporção (56.5%) passaram por um procedimento seletivo prévio, mediante o cumprimento de requisitos estabelecidos em edital e distintos dos de um servidor público clássico.

Modalidades de Contratação / Vínculos dos ACS

GRÁFICO 4

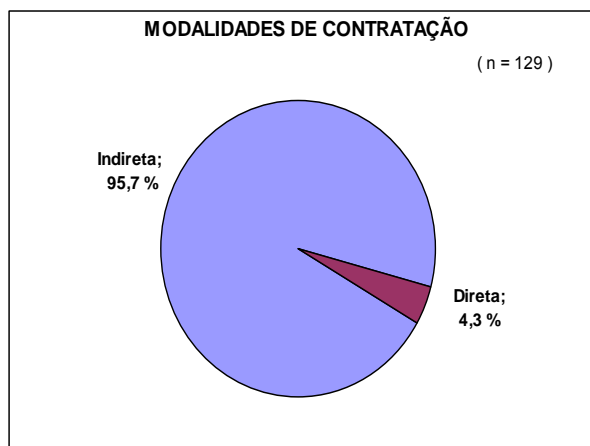


GRÁFICO 5

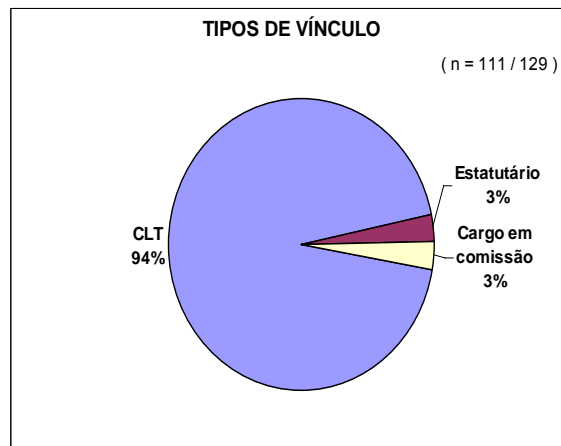
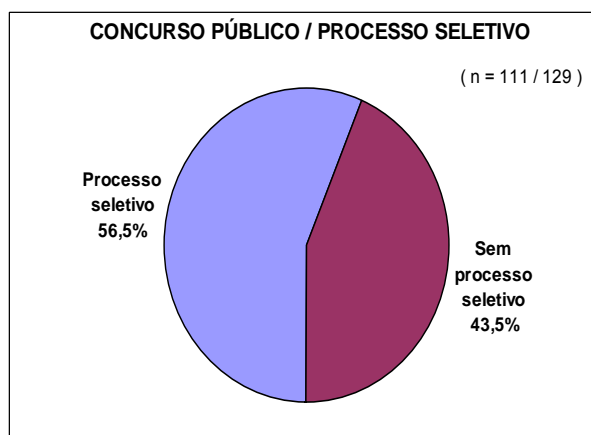


GRÁFICO 6



Nos questionários aplicados não foi possível apurar a condição de precariedade dos que estão submetidos às regras da CLT e nem saber se os direitos clássicos dos trabalhadores em geral, como férias, 13ª salário, estão sendo respeitados.

No entanto, esse quadro reflete as soluções intermediárias que foram encontradas à época, para a contratação desse contingente de pessoas, considerando o seu perfil incomum: origem na comunidade, aspectos de

solidariedade, liderança e dispensa de qualificação técnica, que deveria ser dada depois.

Pelo Quadro 8, visualiza-se a freqüência da execução das atribuições elencadas nos documentos oficiais e pertinentes ao seu âmbito de atuação.

Deve-se atentar de imediato, para o fato de que dentre as tarefas propostas para os agentes existem ações de grande complexidade e diversidade, que requerem a incorporação de outros profissionais e exigem uma atuação mais interdisciplinar e multiprofissional.

No entanto, os dados mostram que os agentes têm se empenhado em realizar uma série de ações, freqüentemente, tanto em nível individual, como coletivo e cumprido as responsabilidades que foram propostas desde as suas origens, como cadastramento e sua atualização, dentre outras.

Verifica-se ainda que as atividades que estão situadas no campo de cooperação intersetorial (preservação do meio ambiente, direitos humanos, etc), assim como ações situadas no âmbito da ajuda às comunidades em favor do desenvolvimento sanitário, bem como aquelas educativas por essência, revelaram-se deficientes, numa análise comparativa com as demais ações, o que pode ser visto, observando-se o Quadro 8.

QUADRO 8: Frequência de Execução de Ações pelos ACS

FREQÜENTEMENTE	%	OCASIONALMENTE	%
ACOMPANHAMENTO CRESCIMENTO DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS	98.4	DERMATOSES E PARASITOSE EM CRIANÇAS	53.7
IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DAS GESTANTES	96.1	EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA FAMÍLIA	46.8
MONITORAMENTO DAS GESTANTES	94.4	AÇÕES EDUCATIVAS PRESERVAÇÃO DO MEIO AMBIENTE	46.4
PROGRAMAÇÃO DAS VISITAS	93.0	ABORDAGEM DOS DIREITOS HUMANOS	46.4
ATUALIZAÇÃO DA FICHA DE CADASTRAMENTO	89.8	DIAGNÓSTICO DA COMUNIDADE	45.2
PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	89.7	EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NAS FAMÍLIAS E COMUNIDADES	45.2
PROMOÇÃO DA IMUNIZAÇÃO	89.7	PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DA COMUNIDADE	45.2
SUPERVISÃO TRATAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO, DIABETES E OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS.	89.0	AÇÕES EDUCATIVAS REFERENTES AO CLIMATÉRIO	41.1
MONITORAMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS E PUÉRPERAS	87.2	INVESTIGAÇÃO DE SURTOS	40.2
ACOMPANHAMENTO DAS MICROÁREAS DE RISCO	86.6	INCENTIVO E INSERÇÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA	39.2
ATENÇÃO AOS ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO DA GESTAÇÃO	86.6	ESTIMULAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA PARA AÇÕES QUE VISEM A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA	60.5
CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS	82.0		
INCENTIVO E PREPARO PARA O ALEITAMENTO MATERNO	80.0		
PROMOÇÃO DA HIDRATAÇÃO ORAL	72.8		
PREVENÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO	67.5		
BUSCA ATIVA DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	65.6		
IDENTIFICAÇÃO DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA PSICOFÍSICA	65.1		
AÇÕES EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA	65.0		
ORIENTAÇÃO DST/AIDS, GRAVIDEZ PRECOCE E DROGAS.	60.8		

Quando são analisados os temas abordados nas visitas pelos agentes, confrontando-se com a percepção dos usuários, chega-se às mesmas conclusões, ratificando-se que os temas vinculados às condições gerais de vida, como desemprego, geração de renda, educação, condições de vida da comunidade, violência em geral, dentre outros; ou de cooperação com outros setores, ostentam frequências altas de não-abordagem, enquanto vacinas, saúde da mãe e da criança, higiene pessoal, apresentam frequências mais altas de ocorrência. (Quadro 9).

**QUADRO 9: Frequência de Abordagem dos Temas
Usuários x ACS**

TEMA	USUÁRIO (n= 330)			ACS (n= 129)		
	FREQÜENTEMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA	FREQÜENTEMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA
ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	58.6	11.7	9.6	80.8	15.2	4.0
TABAGISMO	44.6	24.0	31.4	69.5	28.9	1.6
DIETA	46.8	19.4	33.8	79.5	18.1	2.4
NUTRIÇÃO	49.7	18.2	32.1	69.3	28.3	2.4
ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS	39.4	20.0	40.6	58.3	37.8	3.9
ATIVIDADES E EXERCÍCIOS FÍSICOS	42.8	25.2	32.0	81.1	17.3	1.6
SAÚDE MENTAL E PSICOLÓGICA	31.8	19.8	48.5	33.9	53.5	12.6
VIOLÊNCIA EM GERAL	28.6	19.4	52.0	23.1	48.8	28.1
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	27.4	16.6	56.0	28.3	52.0	29.6
SEXUALIDADE E VIDA SEXUAL	34.1	16.4	49.5	56.3	34.4	9.4
PREVENÇÃO DE DOENÇAS	59.0	13.9	27.2	96.9	2.3	0.8
REL. ENTRE MEMBROS DA FAMÍLIA	37.2	16.3	46.5	36.1	29.8	34.1
DESEMPREGO	29.6	17.9	52.5	20.2	52.5	27.3
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	45.5	19.7	34.8	71.1	25.0	3.9
VACINAS	75.4	9.5	15.1	98.4	1.6	0
SAÚDE BUCAL	50.9	16.0	33.0	64.8	29.7	5.5
SAÚDE AMBIENTAL	33.2	20.9	45.8	13.1	62.8	24.2
HIGIENE PESSOAL	55.2	18.5	26.3	62.2	31.5	6.3
SEGURANÇA DE ALIMENTOS E MEDICAMENTOS	43.4	19.7	36.9	66.9	29.1	3.9
SAÚDE DA MÃE E DA CRIANÇA	52.6	18.2	29.2	89.8	7.0	3.1
GESTAÇÃO INDESEJADA	30.6	20.5	49.4	46.5	37.0	16.5
EDUCAÇÃO	39.5	18.5	42.5	42.5	40.5	17
SANEAMENTO	31.2	19.1	49.7	30.9	42.0	27.0
GERAÇÃO DE RENDA	20.9	13.2	65.8	8.1	48.6	43.3
MORADIA	26.8	16.3	56.9	37.2	41.7	21.0
RELIGIÃO	20.9	14.8	64.3	18.1	31.5	50.4
CONDIÇÕES DE VIDA DA COMUNIDADE	32.3	19.2	50.5	32.5	43.3	24.2
ÁREA DE LAZER	39.3	19.6	51.1	19.1	49.6	31.3

Essas dificuldades possivelmente estão associadas ao campo do desenvolvimento do processo de mudança, em direção a uma nova visão da saúde e dos deslocamentos que os profissionais desta área, inclusive os agentes, têm que operar para que consigam atuar nesse entorno, relacionando fatos, dados e realidades complexas.

O perfil social do agente, baseado nos aspectos de liderança e ajuda solidária, por si só, não são garantia de uma práxis em conjunto com a comunidade, de ações necessárias ao desenvolvimento da promoção da saúde naquela mesma comunidade.

Mesmo assim, quando se pergunta aos agentes quais outras atividades realizam na comunidade, sem ser a visita domiciliar, vê-se que ações de caráter coletivo, especialmente as reuniões com grupos de adolescentes, idosos, e as educativas são utilizadas. (Quadro 10).

QUADRO 10: Atividades Realizadas na Comunidade pelos ACS

ATIVIDADE	FREQÜÊNCIA (n= 60)	PERCENTUAL (%)
REUNIÕES COMUNITÁRIAS	09	15
REUNIÕES GRUPOS	13	21.6
REUNIÕES EDUCATIVAS	13	21.6
ATIVIDADES ESPORTIVAS/LAZER	08	13.3
ATIVIDADES DE ARTE	05	8.3
REUNIÕES DE RESOLUÇÕES DE CONFLITOS FAMILIARES	05	8.3
TERAPIAS COMUNITÁRIAS	05	8.3
ACONSELHAMENTO FAMILIAR	02	3.3
TOTAL	60	99.7

As principais dificuldades apontadas pelos agentes foram agrupadas em três grandes áreas, para facilitar a apresentação e análise: dificuldades em relação ao trabalho, em relação às famílias e à assistência, como podem ser vistas no Quadro seguinte:

QUADRO 11: Principais Dificuldades Apontadas pelos ACS

DIFICULDADES	FREQÜÊNCIA % (n= 129)
EM RELAÇÃO AO TRABALHO	
PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	26
MATERIAL INFORMATIVO/EDUCATIVO	23
MEIOS DE TRANSPORTE	18
RECONHECIMENTO PROFISSIONAL	12
UNIFORMES	10
EM RELAÇÃO ÀS FAMÍLIAS	
FAMÍLIAS AUSENTES	16
RESISTÊNCIA NA ADOÇÃO DE MEDIDAS INDICADAS	8
RECUSA DE VISITAS	6
EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA	
NÃO REALIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES	28
FALTA DE TEMAS NOVOS	23

Em relação ao trabalho, destaca-se a necessidade de constantes processos educativos para a conformação gradativa de criação de trabalhadores que atuem no universo da saúde e a disponibilização de materiais informativos, tanto para os usuários, como para os agentes, que possam potencializar e reforçar as possibilidades de um diálogo mais profícuo entre serviços e usuários, no espaço aberto pelas visitas domiciliares.

Em relação às famílias, destaca-se a impossibilidade do agente cumprir a sua rotina de visitas, em função da ausência das pessoas nos domicílios, nos horários em que elas ocorrem e finalmente, em relação à assistência, os agentes tocam em dois pontos relevantes: não realização de procedimentos e a falta de temas novos.

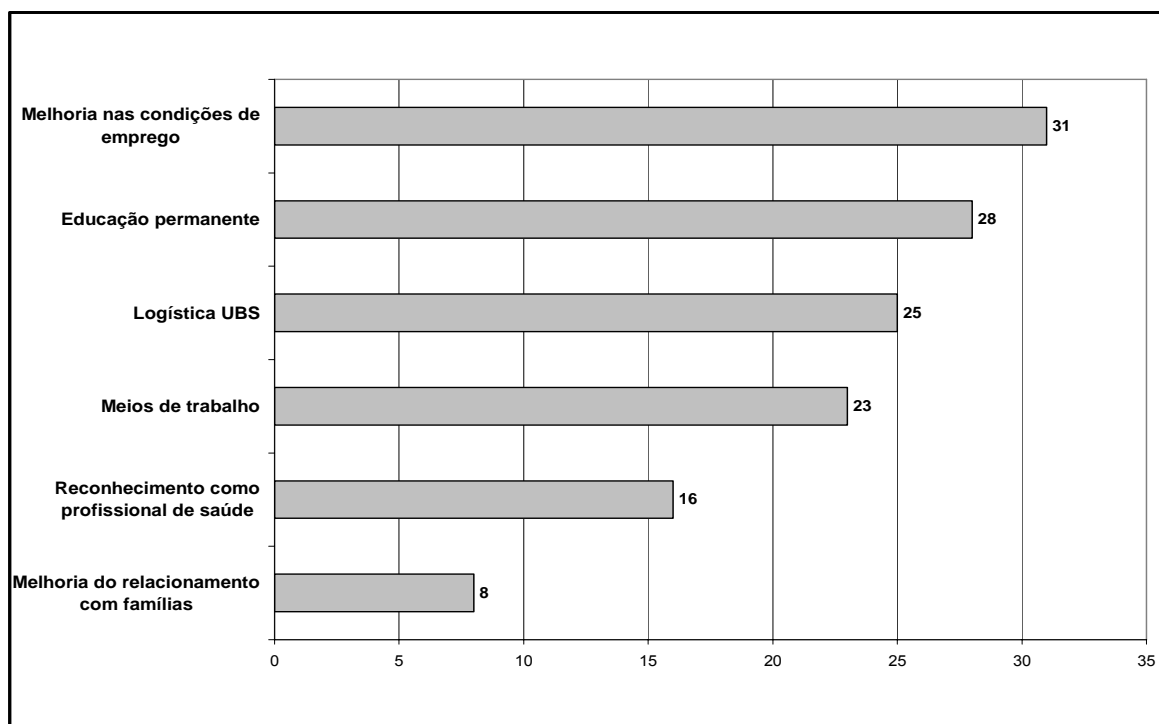
Em relação ao primeiro aparecem de igual forma nas demandas dos usuários. Ao repassarmos no capítulo 1, as experiências de alguns países pôde-se constatar que na maioria deles, os agentes realizam, tanto funções de assistência, até mesmo tratando enfermidades mais simples, até funções mais dirigidas ao desenvolvimento da comunidade. No Brasil, esse perfil de atribuições, também pode ser observado na experiência do Ceará, ainda que auto-ampliado pelos agentes.

Desse modo, aos olhos dos agentes e dos usuários, o exercício dessas atividades permaneceu adormecido no imaginário, e não conseguindo entender as razões explicitadas, debitam quase sempre, na possibilidade de introdução dessas ações, reflexos positivos diretos no trabalho.

A constância dos temas tratados nas visitas e sua pouca variabilidade, pode ser atribuída à montagem do plano de trabalhos do agente que obedece a parâmetros e critérios estabelecidos, a priori, pelos serviços de saúde, e que necessariamente não coincidem com as necessidades da comunidade e as demandas próprias surgidas espontaneamente nas visitas domiciliares.

Nas medidas sugeridas pelos agentes para melhorias no trabalho incluem-se as relacionadas às condições do emprego (remuneração, carreiras, mecanismo de substituição dos agentes, dentre outras); processos de educação permanente (formais e contínuos); logística da unidade de saúde (mais vagas para consultas, exames, regularidade no abastecimento de medicamentos); meios de trabalho (transporte, uniformes, material educativo/informativo); reconhecimento como profissional de saúde, com o necessário domínio de certas habilidades práticas e conhecimentos conexos para o enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade em que atuam; como pode ser visto no Gráfico 7.

Gráfico7: Medidas Indicadas pelos ACS para Melhorias



Em relação ao futuro, os agentes apresentam visões bem pessimistas e demonstram em suas falas todas as dificuldades que enfrentam, como se depreende dos registros abaixo:

Não existe palavra que define o futuro de um agente comunitário de saúde. Porque nós agentes comunitários não temos futuro nenhum (Agente Comunitário de Saúde/PSF Piau)

Adoro o que faço, porém há muito obstáculo a enfrentar (Agente Comunitário de Saúde/PSF Goianá)

O trabalho do agente comunitário é muito importante, poderia ser muito melhor se houvesse mais apoio das autoridades e freqüentes capacitações para os agentes (Agente Comunitário de Saúde/ PSF Andrelândia).

A profissão ainda é pouco reconhecida. Muitas pessoas não nos dão valor. Têm a audácia de dizer que não fazemos nada. Talvez um dia teremos um pouco mais de valor no trabalho (Agente Comunitário de Saúde/ PSF Juiz de Fora).

Precisamos de muito boa vontade e psicologia para continuarmos a cada dia o nosso trabalho, muitas vezes sentimos que estamos falando aos ventos, pois muitas das orientações que fazemos ao morador, o posto de saúde não tem como cumprir por falta de

recursos materiais, isso prejudica a nossa ação (Agente Comunitário de Saúde/PSF Juiz de Fora).

Um dia, neste Brasil, teremos olhos voltados para o lado socioeconômico e então teremos menos doenças, menos violência e então, o trabalho do agente será mais gratificante (Agente Comunitário de Saúde/PSF Juiz de Fora).

Sem comentários (Agente Comunitário de Saúde/Juiz de Fora).

5.3 A concepção das equipes e dos coordenadores do Programa da Saúde da Família

Neste segmento, constituído por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, administrador, predomina a visão do agente como um trabalhador genérico, polivalente, uma espécie de “coringa”, reflexo de uma visão pouco clara dos limites de suas atribuições:

É o pau para toda obra. Serve para substituir qualquer profissional na unidade e fora dela. Entrega coisas, atende pessoas, distribui remédios, enfim faz tudo (Médica/ PSF Juiz de Fora).

O ACS tem sido um profissional com diversas atribuições: educador, cabo eleitoral e servidor público (Dentista/PSF Juiz de Fora).

É um profissional interessado, mas tentando descobrir o seu papel na equipe diante de tantas mudanças nas diretrizes do seu trabalho. Vejo os ACSs um pouco perdidos, mas bastante interessados (Médico/PSF Andrelândia).

Apesar disto, enxergam na figura do agente comunitário o papel privilegiado de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ora, funcionando como “elo”, facilitando essa mediação, ora como dificultador, pelas barreiras e contradições existentes entre esses espaços e sujeitos distintos, profissionais e comunidade, e das relações de poder que se estabelecem no interior das equipes:

[...] ele é o interlocutor da equipe. É um porta-voz. Mora no local, conhece o outro lado daquela comunidade que a gente da unidade não conhece. Então ele pode muito bem mostrar o outro lado prá gente. Sabe o que tem por trás daquela queixa, o que tem por trás daquela família, quais os problemas que acontecem (Enfermeiro/PSF Piau).

Representa o elo entre essa comunidade com a unidade de saúde e os profissionais de saúde, então ele é que é o vigilante nosso, é o elo para saber como está nossa Unidade, como está o nosso atendimento na área (Enfermeiro/PSF Juiz de Fora).

Eles ficam observando o nosso comportamento, a nossa fala, a nossa conversa e muitas vezes o que para nós é normal - nós também não estávamos acostumados a tê-los no mesmo ambiente. Pra gente conversar com ele, a gente não está acostumado, então também teve vários problemas, uma barreira também, até a gente saber como vai ultrapassar (Médica/ PSF Juiz de Fora).

Esses depoimentos demonstram como as vezes o papel de mediador fica dificultado pelos conflitos de poder que se estabelecem quando o agente disputa o seu lugar na equipe como o interlocutor da comunidade, circunscrevendo significados bastante distintos, dificultando a sua inserção na dinâmica interna da Unidade Básica de Saúde:

[...] eu percebo muito que o agente não é visto na maioria dos locais, como membro da equipe. Ele é visto à parte, muitos sequer entram na unidade de saúde [...] (Médica/ PSF Juiz de Fora).

Quanto ao fato do agente residir na comunidade, não no sentido geográfico exclusivamente, mas no sentido de local onde ele tenha relações prévias com as pessoas e famílias, assumindo liderança e de modo que possa manifestar solidariedade, este segmento não tem um posicionamento pacífico, pois entendem que tanto pode ajudar, quanto obstacularizar a integração entre os serviços de saúde e essa mesma comunidade.

De maneira positiva, pois facilita o contato e a compreensão da realidade dos usuários. De maneira negativa: os papéis profissional/pessoal tendem a se confundir. O usuário, por conhecer o ACS, tende a não dar muito crédito às orientações (Enfermeiro/ PSF Juiz de Fora).

Quanto a esta questão do perfil do agente, às vezes é um fator que facilita, mas às vezes é um entrave, é um problema, pois muitas vezes tem pessoas da área de abrangência dele com as quais ele não se afina, que ele já teve problemas prévios, então assim, ele tem dificuldades de penetrar em determinados locais [...] (Auxiliar de Enfermagem/ PSF Mar de Espanha).

Interferem, positivamente já que essas características possibilitam credibilidade a ele, facilitando o processo de trabalho. Porém, se houver outros interesses, além das intenções de educação e promoção de saúde, se torna interferência negativa (Assistente Social/ PSF Juiz de Fora).

Ou ainda positivamente:

O vínculo que ele tem com a comunidade a partir do momento que ele faz parte dessa comunidade, eu acho que isso é muito forte e eu acho que isso pode ser muito complicado, mas a gente precisa disto, porque na verdade, quando a equipe vem de fora, ela entra numa comunidade desconhecida e até conseguir entendê-la, para nela entrar [...] (Enfermeiro/ PSF Matias Barbosa).

De novo, o papel de elo do ACS, de ponte entre as ações da Unidade de Saúde e as necessidades da comunidade, é ressaltado.

Quanto à influência do perfil social no perfil de atribuições determinando o exercício de atividades mais amplas, envolvendo outras pessoas e instituições, no

âmbito das atividades intersetoriais, os profissionais destacam a necessidade de envolvimento do conjunto das equipes para a eficácia dessas articulações.

Se os pressupostos do perfil social fossem observados no processo seletivo interferiria sim no perfil de atividades. Os poucos ACSs que têm esse perfil têm um diferencial em seu trabalho. O nível de conhecimento da realidade é maior, existe uma relação de confiança. O ACS é visto como facilitador e não como intruso (Médica/ PSF Rio Preto).

A questão da dicotomia pessoal/profissional é destacada com frequência:

Depende de cada profissional, alguns confundem o que é profissional e/ou pessoal. Quando ocorre essa confusão, aí fica difícil, abre-se para o clientelismo, o que não é legal (Médico/ PSF Juiz de Fora)
Normalmente os usuários não separam o ACS (pessoa e profissional). Contam-lhe fatos como se estivessem relatando a um parente ou vizinho (Administrador/PSF Juiz de Fora).

E o fato de residir na comunidade não garante nada na visão da assistente social.

Avalio que o que determina a qualidade do desempenho do ACS em suas atividades é o compromisso social e epidemiológico com sua comunidade. O fato de morar na comunidade, por exemplo, por si só, não garante a clareza e o comprometimento necessários para o desempenho de todas as atividades ocupacionais propostas (Assistente Social/ PSF Juiz de Fora).

O perfil social vinculado à liderança, às vezes também facilita, e outras nem tanto.

[...] Interfere para os dois lados. A liderança está muito atrelada à questão política e fazem pressão, interferindo no trabalho da equipe, para privilegiar pessoas, fazer média na comunidade [...] e deixando outras que verdadeiramente precisam, para trás [...] (Médica / PSF Juiz de Fora).

[...] ajuda quando utiliza a liderança na comunidade para convencer as pessoas e famílias a aderirem aos planos propostos pela Unidade (Dentista / PSF Juiz de Fora).

Quanto ao trabalho do agente estar dirigido às necessidades locais ou somente seguir o prescrito, as opiniões se dividem.

Normalmente seguem manuais ou planilhas verticalmente colocadas: ficha A, ficha B, hipertensos, diabéticos, cartão SUS (Auxiliar de Enfermagem/ PSF Matias Barbosa).

Eles não propõem nada, eles se atêm ao que é mandado fazer dentro da cartilha do ACS, obedecem às ordens superiores (Técnico de Enfermagem/ PSF Juiz de Fora).

Eu acho que o ACS cumpre o que o programa pede, mas junto com isso, vem um monte de necessidades da comunidade, não cobertas pelo PSF, que estava escondido naquela família, naquelas pessoas (Auxiliar de Enfermagem/ PSF Goianá).

Em relação à confiança no trabalho que o ACS desenvolve nos atendimentos em domicílio, a questão igualmente divide as opiniões, estando vinculada ao desenvolvimento da equipe como um todo e do próprio agente.

Quando a equipe em conjunto planeja suas ações, após diagnóstico e priorização das necessidades locais, em geral o ACS o faz; no entanto; quando isso não ocorre, ele fica solto, não se podendo confiar nos seus registros de informações e nos repassados aos usuários (Assistente social/ PSF Juiz de Fora).

Não confio, pois os mesmos não têm uma ferramenta decente de trabalho, estão desestimulados, não têm como o nível central aferir qualidade ainda (Médico / PSF Juiz de Fora).

Confio, dependendo do agente Tem agente que é super empenhado, tem outros que chegam, batem na porta, pedem para assinar a produção e vão embora [...] (Auxiliar de Enfermagem/ PSF Piau).

Quanto ao acesso dos agentes às informações técnicas dos prontuários dos usuários, os pontos de vista são distintos e divergem substancialmente.

Não, não têm capacidade de lidar com determinadas informações, falta mais capacitação (Médico/ PSF Juiz de Fora).

Somente o necessário para sua intervenção na área de promoção e prevenção. As demais são interesse médico ou de outra área específica (Técnico de Enfermagem/ PSF Juiz de Fora).

Sim, porque ele necessita de informação para poder orientar o paciente, usando sempre de bom senso nas suas necessidades com os usuários (Auxiliar de Enfermagem/ PSF Piau).

No entanto, o agente tem acesso às informações, seja na própria Unidade, seja manuseando prontuários, seja na narrativa dos próprios usuários nas visitas domiciliares. A questão então passa a ser colocada assim:

Acho que é importante o usuário fazer um relato mais completo possível de sua situação para que o ACS possa saber orientá-lo, todavia o ACS deve saber que só quem poderá dar certas respostas, será o técnico referente ao problema. O ACS deve deixar bem claro para a população que ele é o intermediador (Assistente Social/ PSF Juiz de Fora).

Mas o problema do acesso às informações técnicas, traz à tona as dificuldades éticas envolvidas no exercício das diferentes profissões da área de saúde, e coloca este grupo novamente com opiniões situadas em campos divergentes.

A privacidade do usuário (paciente) é soberana; feri-la é ferir o código de ética (Enfermeiro/ PSF Goianá).

Acho que as pessoas têm direito ao sigilo preservado, mas acho isso utópico, pois muitas pessoas hoje têm acesso, na equipe, aos registros dos prontuários, inclusive os agentes.

(Enfermeiro/ PSF Matias Barbosa).

A questão é como trabalhar com o sigilo, não quebrar a ética. Neste ponto, os participantes do grupo entendem que algumas medidas podem ser tomadas para minimizar esses problemas: aprofundamento do trabalho em equipe, educação permanente e atenção a esses aspectos no perfil, ao selecionar o agente.

Entretanto, ainda que com limitações, percebem que o trabalho do PSF melhorou com o ingresso do agente e apontam medidas como: aperfeiçoamento da seleção, com respaldo do Conselho de Saúde e das equipes de saúde, respeitando-se os atributos do perfil social, definição clara das atribuições de cada um, trabalho em equipe, capacitação em áreas temáticas, reavaliação periódica do agente e melhoria nas condições de empregabilidade, incluindo remuneração, carreira e meios de trabalho, que assim foi expresso:

Processo de seleção precisa ser melhorado, pois tem alguns agentes que não têm perfil para a atividade, melhorar as condições de trabalho, com reuniões mais frequentes; materiais e acima de tudo melhorar a remuneração mensal, qualificação através da educação

continuada, acompanhamento psicológico (Enfermeiro/ PSF Juiz de Fora).

5.4 A visão dos usuários

Neste segmento da pesquisa, buscou-se obter uma visão geral da percepção dos usuários sobre o trabalho do agente junto às comunidades, contemplando aspectos da sua inserção, assim como foi avaliada em que nível as atividades dos agentes são percebidas e incorporadas na prática de saúde da população.

Pelo Quadro 12, a seguir, obtém-se um perfil sócio-demográfico dos usuários entrevistados. Assim como os agentes a maioria entrevistada foi de mulheres (79.1%), jovens (idade média: 44 anos), com baixos níveis de escolaridade, sendo que 51.1% não conseguiram concluir o primeiro grau e renda mensal familiar de até 03 salários mínimos (97.9%).

Quase a totalidade é usuária da Unidade Básica de Saúde há muito tempo: de 2 a 10 anos (45.1%) e há mais de 10 anos (40%).

Também são residentes antigos do bairro onde a Unidade Básica de Saúde e os agentes estão inseridos: há mais de 10 anos (63.6%). Grande parte deles recebe regularmente, a cada mês, a visita domiciliar do agente (64.8%), sendo poucos os que declararam que não recebem nenhuma visita (18%) ou só a recebem quando realmente precisam, de acordo com as próprias necessidades (1.2%). Esses dados mostram que o agente se faz presente nos domicílios da sua microárea, sendo reconhecido pelos usuários. Não houve nenhum entrevistado que tenha respondido que não o conhece.

QUADRO 12: Perfil Sócio-Demográfico dos Usuários

CARACTERÍSTICA	FREQÜÊNCIA (N=330)	PERCENTUAL (%)
Sexo (% Mulheres)	261	79,1%
Idade		
até 20 Anos	20	6,1%
20-50 Anos	220	66,9%
+ 50 Anos	89	27%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	168	51,1%
Renda Mensal		
até 03 Sal Min	282	85,5%
+ de 03 Sal Min	47	14,5%
Usuário da UBS	323	97,9%
Tempo de Utilização da UBS		
menos de 2 anos	59	17,8%
de 2 a 10 anos	139	45,1%
+ de 10 anos	132	40%
Tempo de Moradia		
menos de 2 anos	21	6,4%
de 2 a 10 anos	99	36,4%
+ de 10 anos	210	63,6%
Frequência visita ACS - mensal	214	64,8%

O Quadro 13 chama a atenção para aspectos relacionados ao perfil do agente comunitário e suas relações com a comunidade, antes dele se tornar agente.

Quadro 13: Relações Prévias Usuários e ACS

CARACTERÍSTICA	FREQÜÊNCIA (N=330)	PERCENTUAL (%)
Conhecimento prévio	203	61,9
Origem do conhecimento		
Bairro	172	84,7
Reuniões do Bairro	5	2,4
Igreja	7	3,4
Associação de moradores	5	2,4
Outros	14	6,8
Pessoa conhecida	188	57
Participação em movimentos	38	11,8
Procura na ocorrência de problemas de saúde	28	8,4
Procura na ocorrência de problemas de saúde (viz./com.) (não souberam avaliar)	173	52,5

A maioria (61.9%) afirma que conhecia o agente antes dele se tornar agente e que o conhecia do bairro mesmo (84.7%). Para 57% dos pesquisados o agente era uma pessoa conhecida no bairro; mas somente 8.4% o procuravam na ocorrência de algum problema de saúde ou de qualquer outra dificuldade com a família.

Também não souberam informar (52.5%) se os vizinhos o procuravam para ajuda na resolução de problemas e somente para 11.8%, o agente participava de movimentos da comunidade em prol da saúde e de outras questões de interesse da coletividade.

Ressalta-se das informações obtidas que o agente era de fato uma pessoa conhecida no bairro por residir e vivenciar o mesmo cotidiano e problemas específicos, sociais e de saúde, com aquelas pessoas. No entanto, não se diferenciava em relação aos outros por ser referência em saúde e não aparece socialmente como uma pessoa que era procurada para ajudar a atingir o objetivo da saúde, nem possuía, pela percepção dos usuários, atributos de liderança comunitária, dada à fraca inserção nos movimentos e nas entidades do bairro.

Silva (2001) faz essa mesma observação para os primeiros agentes do Ceará, ou seja, eles vinham das frentes de trabalho, eram pessoas “quaisquer”, parte da comunidade, sem, no entanto, representá-la.

Essas questões são confirmadas, quando os usuários revelam que percebem o agente comunitário de saúde como profissional de saúde (59%) e não como uma liderança (7.6%), conforme pode ser visto no Quadro abaixo.

Quadro 14: Percepção dos Usuários sobre o Trabalho do ACS

CARACTERÍSTICA	FREQÜÊNCIA (N=330)	PERCENTUAL (%)
Concepção do ACS		
Profissional de saúde	194	59
Membro da comunidade	94	28,6
Liderança	11	3,3
Cargo de Confiança	25	7,6
Confiança na transmissão de informações	271	82,4
Sentimento de prejudicialidade	36	10,9
Ajuda por possuir residência no bairro	262	79,9
Capacitação do agente	256	77,8
Conhecimento da área de atuação	272	82,4
Entendimento das necessidades da família	271	82,6
Conhecimento dos recursos sociais da comunidade (não souberam avaliar)	186	57,4
Trabalho agente (+ voltado para saúde)	312	95,4
Melhoria da saúde	256	78

A resposta dos usuários ao questionamento sobre confiança em transmitir para os agentes as informações privativas sobre a sua saúde e a da família, evidencia, pelo percentual apurado (82.4%), que têm confiança em revelar essas questões. A confiança pode advir do contato freqüente, da liberdade no diálogo, por se tratar de um igual que pertence ao mesmo universo, ou por que o percebem como um profissional de saúde, facilitador do acesso aos serviços de saúde.

Somente uma minoria (10.9%) alega ter se sentido prejudicado, por ter sido preterido no atendimento, por parentes e amigos mais próximos do agente. Para 79.9%, o fato de o agente residir na comunidade ajuda no desenvolvimento do trabalho.

Declararam ser o agente capacitado para dar informações e orientações sobre cuidados com a saúde (77.8%), que conhece bem a área de atuação (82.4%) e entende as necessidades de sua família, identificando os problemas e ajudando na busca de soluções (82.6%); reconhecendo

no trabalho do agente ações mais voltadas para a saúde (95.4%) e melhorias depois da sua incorporação aos serviços de saúde (78%).

No entanto, não souberam avaliar sobre o conhecimento que tem a respeito das atividades e os sistemas de apoio disponíveis na comunidade, incluindo recursos recreacionais, religiosos, políticos ou filantrópicos (57.4%).

O Quadro 15 demonstra como os usuários enxergam o trabalho do agente.

Quadro 15: Perfil do Trabalho do ACS Segundo Usuários

CARACTERÍSTICA	FREQÜÊNCIA (N=330)	PERCENTUAL (%)
Conhecimento dos problemas de saúde	272	82,7%
Necessidade do serviço do ACS (disponível)	278	85,8%
Gosto pela visita do ACS	298	90,3%
Estimulo e liderança do ACS em lutas da comunidade	106	32,1%
Outras atividades (Não souberam avaliar)	159	48,9%
Mudança de comportamentos, hábitos e atitudes		
Positivo	150	45,7%
Negativo	153	46,3%
Procura pelo ACS fora do horário	221	67%
Informações adequadas e satisfatórias	288	88,3%
Interesse do ACS pelos problemas da família	286	87,7%
Seguimento das orientações	285	86,9%
Conceito trabalho ACS		
Ótimo	146	44,5%
Bom	138	42,1%

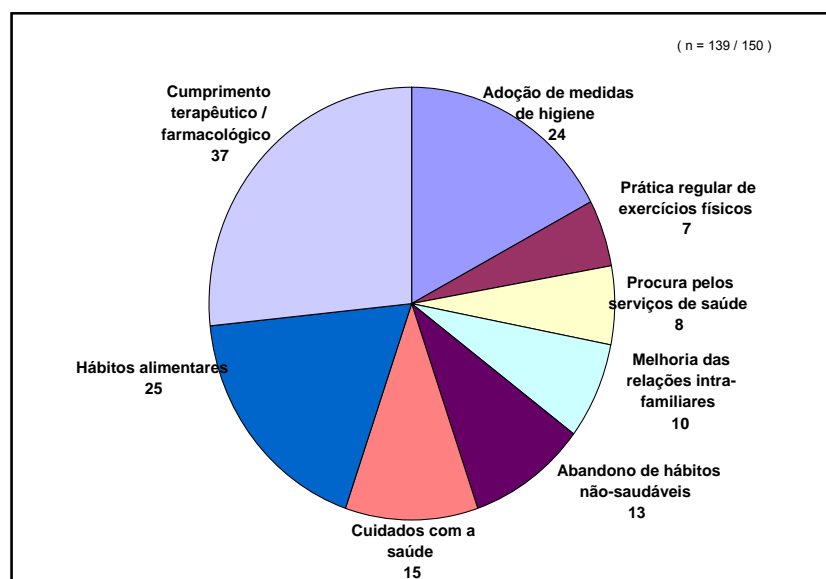
Para 82.7% dos entrevistados, o agente conhece os problemas de saúde de sua família, demonstra interesse, ouve e os encaminha (87.7%); 67% o procuram fora do horário de trabalho e quando precisam utilizar os seus serviços, ele está sempre disponível (85.8%); sendo os principais motivos para a indisponibilidade relacionados no Quadro 16.

Quadro 16: Freqüência dos Motivos Alegados pelos Usuários para Indisponibilidade do ACS

MOTIVO	FREQÜÊNCIA (n= 39)	PERCENTUAL (%)
Preferência pela Unidade de Saúde	12	30.7
Falta de tempo do ACS	10	25.6
ACS ocupado com outras famílias	07	17.9
Não recebe visitas	06	15.3
Problemas com o ACS	04	10.2
TOTAL	39	99.7

Dos motivos alegados, interessa observar que somente 10.2% dos usuários se referem a problemas com os agentes, sugerindo que essa interação num espaço comum, compartilhado em um mesmo território, tem propiciado possibilidades de se firmarem relações de distintas maneiras, com resultados positivos, inclusive nas mudanças de hábitos, atitudes e comportamentos, em que 45.7% declaram ter adotado (Gráfico 8), pois 86.9% afirmam seguir as orientações e conselhos que o agente sugere, porque consideram que as informações que presta são adequadas e satisfatórias (88.3%).

Gráfico 8: Mudanças de Hábitos/Atitudes/Comportamentos Indicadas pelos Usuários



Obviamente que as mudanças em hábitos, atitudes e comportamentos não podem ser imputadas unicamente ao trabalho dos agentes, pois há um sem número de circunstâncias que escapam ao seu controle. Algumas se colocam na perspectiva ou ponto de vista do próprio usuário, na esfera de sua autonomia, em adotar ou não as medidas sugeridas. Outras englobam a interferência de numerosas variáveis e fatores externos, que ao final fica difícil de se nomear qual foi a contribuição de cada um ou se houve uma sinergia de vários fatores que se entrecruzaram para produzir o resultado.

Mas o fato é que as mudanças indicadas não deixam de ter sua significância, com destaque para o número (37) dos que incorporaram mudanças no que tange ao cumprimento terapêutico/farmacológico. Neste grupo, estão incluídos aqueles que passaram a respeitar e a adotar o tratamento terapêutico proposto, farmacológico ou não, e os que mudaram comportamentos em relação ao uso racional de medicamentos, adotando atitudes de cumprimento da posologia indicada, dose e horário, regularidade na utilização dos fármacos, além de mais cuidados com a automedicação.

No grupo de mudanças de hábitos alimentares (25) estão incluídos aqueles que afirmam ter adotado as dietas prescritas ou que espontaneamente modificaram hábitos anteriores em relação à alimentação, adotando práticas alimentares mais saudáveis.

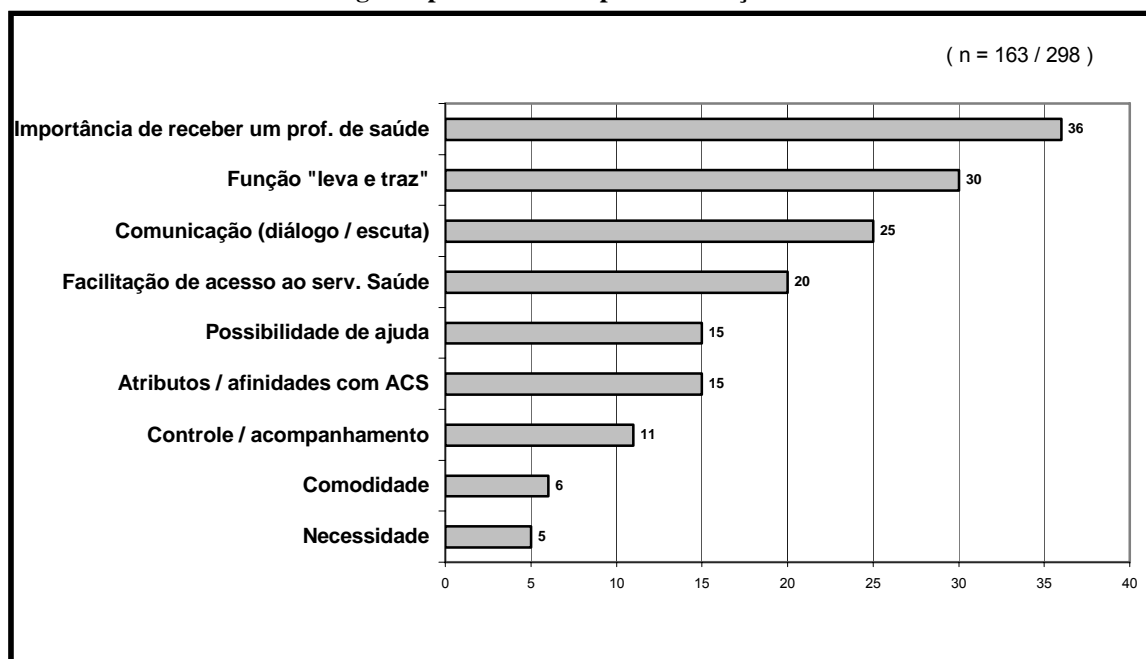
Na adoção de medidas de higiene (24), alegam ter tomado atitudes diferentes tanto em relação à higiene pessoal (banho, cuidados com as unhas, cabelos, higienização e escovação de dentes), quanto em relação aos cuidados com os domicílios (casa limpa, quintal varrido, cuidado com água limpa e parada, destino do lixo e dejetos, etc). O abandono de hábitos não saudáveis (13) envolve abandono do uso de cigarro, álcool e outras drogas, consideradas ilícitas, assim como “correção de hábitos de vida errados” (nas palavras dos usuários).

Nunes et al. (2002) chamam a atenção para as dificuldades dos agentes de problematizarem seriamente essas questões, principalmente em relação à higiene e alimentação, na medida em que elas canalizam significados que mobilizam profundamente as pessoas, tanto no âmbito de sua subjetividade, quanto das representações coletivas.

Alertam para os critérios que os agentes passam a se referenciar, que tendem a ser aqueles contidos nos estritos limites das recomendações biomédicas, sem contextualização ou reflexão da realidade que os cerca. Paradoxalmente, é justamente pelo fato do agente estar imerso nesse contexto, compartilhando do mesmo universo cultural e simbólico e supostamente compreendê-lo “de dentro”, que uma parte importante do seu trabalho se desenvolve.

No entanto, 90.3% afirmam gostar de receber os agentes em seus domicílios e quando questionados de quais os motivos relacionam os que podem ser visualizados no Gráfico 9.

Gráfico 9: Motivos Alegados pelos Usuários para Satisfação com as Visitas dos ACS



Dentre os motivos alegados pelos usuários, destaca-se o fato de estarem recebendo um profissional de saúde, pois assim o consideram. Nas perspectivas colocadas e que têm significado para os usuários, o agente comunitário de saúde representa muito mais que a sua figura física possa sugerir, pois canalizam nessa figura, toda a expectativa que possuem de aproximação com os serviços e com os profissionais de saúde e as possibilidades abertas nesse diálogo, pois ao “abrirem a porta de suas casas” equivale a abrir a porta para os serviços de saúde, ou seja, “atrás do agente, vem o médico, o remédio, o exame [...]” (Usuária PSF/ Juiz de Fora), ou seja, estão se referindo à acessibilidade aos serviços de saúde, que o agente pode ajudar, removendo barreiras existentes.

Na denominação “Função leva e traz” se referem ao papel de intermediador, elo, mensageiro, tradutor, que o agente desempenha “ao levar problemas das casas e trazer soluções do Posto” ou trazer informações sobre o funcionamento, horários, disponibilidade de insumos e marcação de procedimentos, necessidade de visita do médico, etc e levar as demandas e necessidades das famílias.

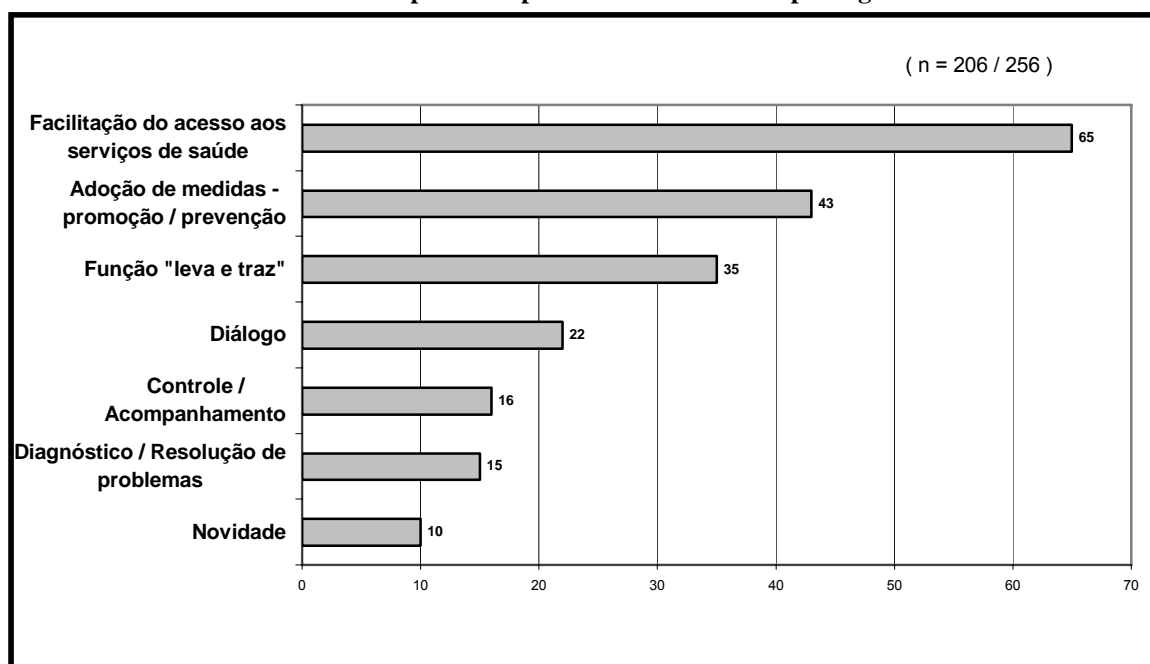
Nas possibilidades abertas pela comunicação, que envolve escuta, fala, conversa, ou simplesmente “ter alguém para conversar comigo”, estão inseridas as manifestações de cuidados mais amplos, no sentido do humano em “que o cuidado não se opõe ao trabalho, mas lhe confere uma tonalidade diferente [...]” A relação

não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito [...] Não é pura intervenção, mas inter-ação e comunhão” (BOFF, 2002, p.95).

Retornando ao Quadro 15, somente 32.1% indicam que o agente lidera e estimula as reivindicações da comunidade para a busca de melhor qualidade de vida para todos e 48.9% não souberam dizer quais outras atividades são realizadas por ele, na comunidade, sem ser a visita domiciliar; sendo o seu trabalho avaliado como ótimo para (44.5%) e bom para (42.1%).

Em relação às melhorias na saúde, após o ingresso do agente nos serviços ressalta-se, confirmando dados anteriores, o quantitativo dos que afirmam que a facilitação do acesso aos serviços de saúde foi a mais importante melhoria (65), seguida da adoção de medidas de promoção/prevenção (43), da função de mensageiro desempenhada pelo agente e dos benefícios que dessa função possam advir (35) e novamente o diálogo com o usuário (22), dentre outras, o que pode ser observado no Gráfico 10, abaixo:

Gráfico 10: Melhorias apontadas pelos usuários do PSF após ingresso dos ACS

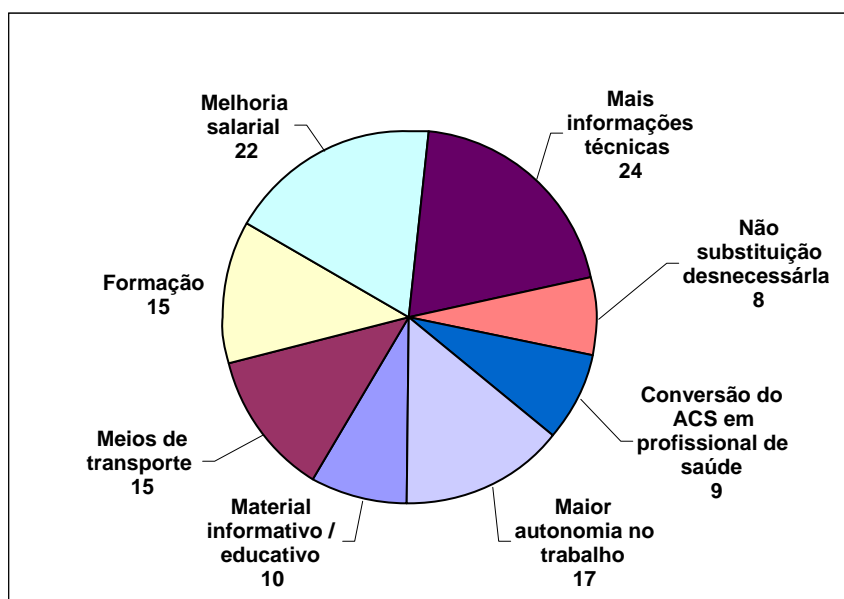


Quanto à facilidade de acesso aos serviços, trata-se na verdade, da acessibilidade nas suas diversas dimensões, conforme proposto por Unglert (1995), no sentido geográfico, ao diminuir a distância entre serviços e usuários, funcional, representado pela possibilidade de acesso às distintas modalidades de serviços e profissionais da unidade de saúde local e até mesmo ao sistema de saúde como um

todo e a cultural, considerada pela inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população.

Os usuários apontam várias medidas que consideram importantes para melhorar o trabalho do agente, que foram agrupadas em medidas em relação: aos processos de trabalho (Gráfico 11), às visitas (Gráfico 12), à unidade de saúde.(Gráfico 13).

Gráfico 11: Processos de Trabalho



Destaca-se em relação aos processos de trabalho que grande parte das medidas sugeridas pelos usuários também o foram pelos próprios agentes. Mais informações técnicas para os agentes significa informação de mão-dupla, ou seja, informação que chega ao agente e que vai para o usuário.

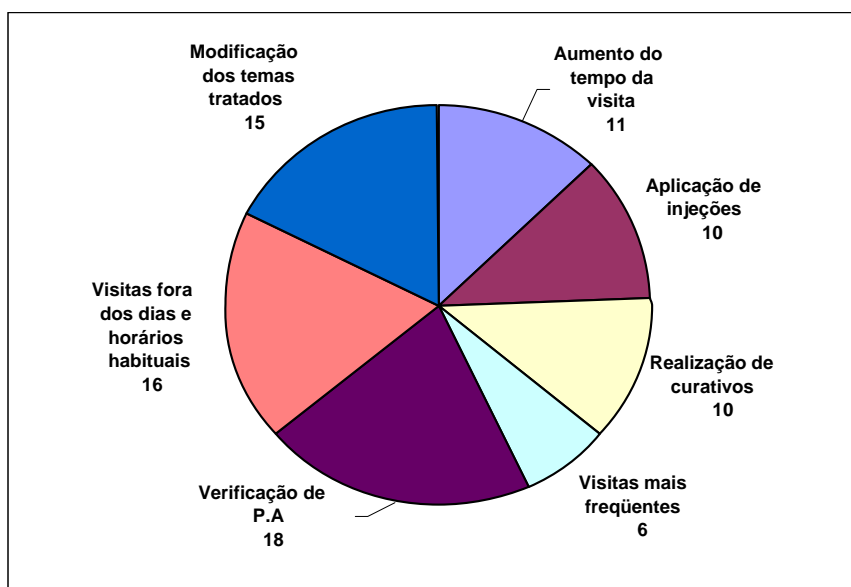
O grande desafio é prover o agente de informação não normatizada, não-autoritária, que deva ser repassada no contexto de uma relação comunicativa de troca, sem perda do caráter técnico, inerente à informação especializada. Nesse sentido, tanto os usuários, quanto os agentes, reforçam a noção básica do movimento da promoção da saúde de *empowerment*, que implica em “municar as populações de informações significativas para elas e que possam ser vistas, sentidas e utilizadas como insumos para a tomada autônoma de decisões” (LABONTE, 1998).

Maior autonomia no trabalho sugerida pelos usuários está associada ao processo de trabalho do agente e à organização de sua agenda mensal e diária,

pautada pelas normas e regras das Secretarias de Saúde, onde as necessidades locais nem sempre encontram espaço para serem inseridas. Encontra-se também associada à repetição de temas, igualmente referido pelos agentes, que se tornam desgastantes, não só para eles, mas também para as pessoas e famílias, pois depois de um determinado tempo acaba por desinteressar a ambos.

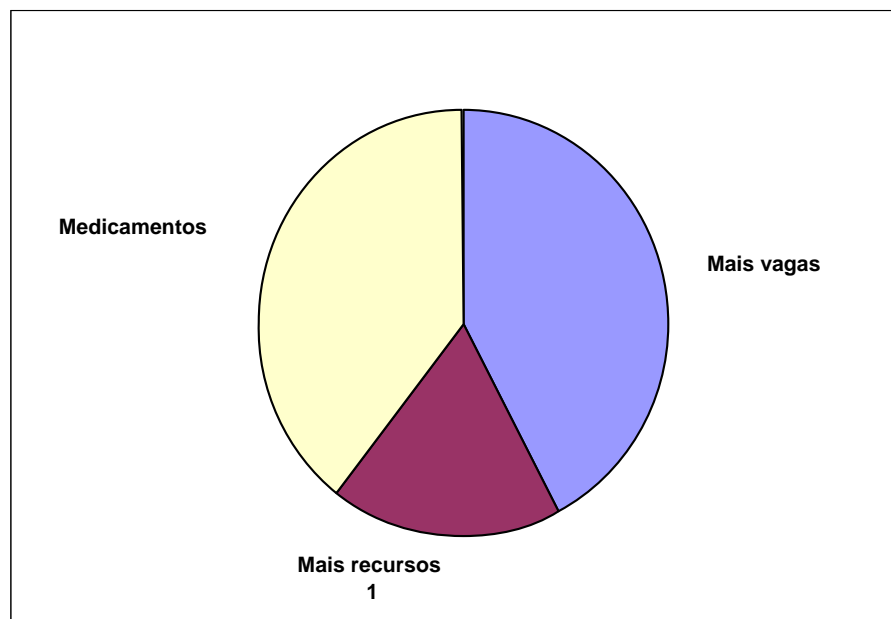
Em relação às visitas, cabe destacar as necessidades sentidas pelos usuários e não só por eles, de igual forma pelos agentes, de não realização de procedimentos simples, como: aferir pressão arterial, aplicação de injeções, realização de curativos, que juntos totalizam 38 respostas.

Gráfico 12: Visitas



Em relação à Unidade de Saúde: vagas, medicamentos e mais recursos de forma geral, fatores dificultadores do trabalho do próprio agente de saúde.

Gráfico 13: UBS



A título de síntese, esses distintos segmentos, principalmente entre os profissionais de saúde e coordenadores, representantes dos serviços de saúde, e os agentes comunitários e usuários, apresentam pontos de vista diferentes e específicos que foram levantados em alguns aspectos, por representarem grupos com valores e visões de mundo diferentes. Não somente a distância geográfica os separa, mas a distância de valores, hábitos e costumes.

Apesar disto, com diferentes e válidas maneiras de entender os agentes comunitários de saúde concordam que os serviços de saúde melhoraram, sem negligenciar os aspectos e características que devam ser modificadas e observadas no perfil do agente.

As equipes de saúde da família enxergam o agente comunitário como um notificador de problemas, agregador ou desagregador, articulador ou desarticulador, o “coringa”, o polivalente, o que pode fazer de tudo para todos, enquanto que os usuários, o percebem como o “resolvedor de todos os problemas para todos”.

O agente aparece, portanto, com uma face dividida entre as demandas dos serviços de saúde e dos profissionais e as necessidades e demandas da comunidade; entre o profissional e o pessoal; entre ações curativas e as preventivas e promocionais; entre o discurso leigo e o discurso científico; entre as unidades de saúde e os domicílios; entre as tarefas assistenciais e as comunitárias; entre a aceitação pela comunidade e a incorporação pelo sistema; o que na maioria das

vezes significa uma polarização artificial e desnecessária, quando se trata de mobilizar as comunidades para o objetivo de mais saúde e desenvolvimento das condições gerais de vida para todos.

O fato é que, no Brasil, a noção de agente comunitário se distancia do conceito da OMS, pois o agente brasileiro surge no contexto de uma política de Estado, inserido na estrutura de funcionamento dos serviços de saúde e hoje, das equipes de saúde da família, não sendo unicamente apoiados pelo sistema, mas parte dele.

De igual forma, se diferenciam da maioria das experiências internacionais abordadas, pois ao contrário dos agentes do Ceará e dos propósitos iniciais do programa, não tratam enfermidades mais simples, nem realizam procedimentos menos complexos, muito embora vejam nessa questão uma dificuldade e uma limitação da sua ação,

Outra reclamação da categoria é que, ao contrário do início do PSF, hoje o agente de saúde não pode mais aplicar vacinas, medir pressão arterial e medicar pacientes. A resolução foi tomada por pressão do órgão representante dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem (Entrevista com Ulisses Durval Neto, 2004)³¹

Mas, apesar disto, conquistaram espaço e credibilidade nas comunidades em que atuam, como se pode depreender da fala abaixo:

Hoje, todos os agentes do PSF têm grande credibilidade nas comunidades e são uma referência mesmo para as pessoas simples. Elas sabem que podem contar conosco para resolver problemas de saúde e muitos outros, pois procuramos ajudar em tudo. Procuramos discutir e ver a melhor solução de todos os problemas identificados por nós na comunidade (Entrevista com Roque Onorato Santos, 2004).³²

No que se refere aos agentes que fizeram parte desta pesquisa, o perfil social no que concerne aos aspectos da residência, seguem os requisitos propostos pelo programa nacional. Quanto aos aspectos de liderança e ajuda solidária, observa-se que somente pequena parcela já desenvolvia ações sociais e de solidariedade com

³¹ Entrevista concedida por Ulisses Durval Neto, presidente da Federação Paulista dos Agentes comunitários de Saúde de São Paulo. Disponível em: <http://www.matrix.com.br/jornaljr/noticias/anterioes/2003/37.html>. Arquivo consultado em: 25 jun. 2004.

³² Entrevista concedida por Roque Onorato Santos, então presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde. Disponível em: <http://www.File:\A:\Historia%20Quem%20Faz%20Historia.Htm>. Arquivo consultado em: 03 maio 2004.

sua comunidade, não sendo referência para essa mesma comunidade em termos de saúde, pois não eram procurados por ela para resolver essas questões.

Alguns foram indicados pelos Conselhos de Saúde ou por outras entidades comunitárias, ou até mesmo pelas autoridades políticas locais, mas não são representantes dessa comunidade, e não participavam ativamente de lutas e mobilizações sociais. São pessoas que coabitam o mesmo espaço social em que atuam, com seus vizinhos e moradores; conquanto tenha sido observado um incremento na participação dos agentes na vida comunitária em geral, associações, conselhos e grupos, com destaque para os grupos religiosos.

Quanto ao perfil de atividades, muito embora realizem tarefas complexas e diversificadas, observa-se uma predominância de ações voltadas para a prevenção de doenças e agravos, expressas nas atividades de acompanhamento e controle de grupos específicos como hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças e a atualização dos dados demográficos da comunidade para alimentação do SIAB.

O seu perfil de atribuições reflete o que Nogueira (2002) denomina de dimensão técnica universalista, na medida em que se prende muito mais às diretrizes e normas ditadas pelas políticas de saúde e reforçadas pelas Secretarias Municipais respectivas do que às demandas locais e às necessidades sentidas e reivindicadas pelas comunidades; considerando a dimensão comunitarista de seu perfil de atribuições, entendendo que, essas duas dimensões podem ser complementares.

No entanto, retornando à questão inicial que motivou essa pesquisa referente à sobreposição de perfis, observa-se pelos resultados do trabalho de Shimizu et al. (2004) ao estudar a prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da Família que os auxiliares desenvolvem uma série de atividades, tanto de caráter individual como coletivo. Com forte influência do modelo clínico de atenção e diferentes graus de complexidade, tais como: cadastramento das famílias, avaliação clínica sumária, atividades de grupo, procedimentos técnicos, visitas domiciliares, vigilância sanitária e epidemiológica. Constatam ainda que os profissionais relatam que encontram facilidade na formação de vínculo com a clientela, porém se queixam da escassez de cursos de educação continuada. O perfil que se queria para o agente comunitário de saúde não estaria muito próximo deste perfil?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se, retornando às experiências apresentadas para os diversos países que naqueles que utilizam promotores voluntários, tem havido um esforço dos governos em avaliar e apoiar o trabalho, concedendo certificados oficiais de agentes de saúde, o que equivale a receber o reconhecimento oficial do Estado.

Nos que utilizam agentes não-voluntários, verifica-se uma preocupação do Estado em reduzir os hiatos de “competência” entre os “profissionais” e os “leigos”, certificando os conhecimentos empíricos desses que exercem práticas de saúde e ao mesmo tempo, afastando ou rebaixando de posição, aqueles que não conseguem obter a licença para a prestação dos serviços, como vem acontecendo na China, Tanzânia, dentre outros.

Sem dúvida, os problemas que vêm acontecendo nesses países dizem respeito a outros lugares. No Brasil, seguindo a tendência verificada a partir da década de 20, para outras profissões, que nasceram como profissões burocratizadas, o ofício de agente comunitário de saúde ressurgiu da necessidade de expansão do aparelho de Estado nas políticas públicas de saúde, no contexto de consolidação e ampliação do SUS, sendo reconhecida como profissão pouco tempo depois, embora ainda não regulamentada.

Nesse caminho a perseguir para a profissionalização, pode ocorrer que o ofício seja totalmente absorvido pelos serviços de saúde, com todas as conseqüências profissionais, jurídicas, de carreira e financeira que daí, possam advir.

A formação do agente comunitário em técnico, ainda que, respeitando-se o universo de singularidades e especificidades que estão relacionados ao seu processo de trabalho e de formação e a tramitação da Proposta de Emenda Constitucional ³³, ainda em curso, que prevê a contratação dos agentes pelo sistema de seleção pública, modificando a previsão inicial de carreira em extinção, para carreira permanente; revelam as tendências de estabelecimento de limites dentro dos quais os interessados podem ingressar e exercer o ofício e fronteiras na autonomia do trabalho.

³³ PEC 7/03, em forma de substitutivo, foi aprovada em primeiro turno pela Câmara em janeiro/2006 e depois de ser votada em segundo turno, será analisada pelo Senado.

A transformação do agente em técnico comunitário traz à tona a necessidade de discussão da atual conformação das equipes de saúde da família, nos aspectos das relações internas, da delimitação de papéis e funções, da hierarquia ocupacional, enfim, da reorganização dos processos de trabalho, sem perder de vista o foco na centralidade da atenção à saúde de indivíduos, famílias e coletividades, agora ampliadas para os grandes centros urbanos.

A mobilização dos agentes comunitários de saúde para atuarem em contextos sócio-sanitários mais complexos em grandes cidades e regiões metropolitanas, recoloca a discussão do perfil do agente, diante de outras necessidades.

Essas necessidades distintas poderiam ser mais bem atendidas com a formação de diferentes tipos de agentes, com vários níveis de treinamento, em diversos números e tipos de funções; o que poderia dar maior flexibilidade e resposta às necessidades locais, nesses contextos de problemas diversificados.

Parece-nos ser essa uma tendência ao observarmos o que vem ocorrendo em grandes metrópoles, como São Paulo, em que os agentes comunitários de saúde estão se especializando para tratar de distintos e complexos problemas, com diversificadas estratégias.³⁴

As providências para enfrentar os desafios envolvem: projetos de seleção de agentes comunitários de saúde dentre a população em situação de rua para trabalhar com este público na região central da cidade, treinamento de equipes de agentes para acompanhamento comunitário dos idosos, acamados ou não, equipes específicas para lidar com a saúde da população indígena e ainda os chamados “anjos urbanos”, para atendimento domiciliar a idosos que moram isolados e pessoas com deficiência física e mental; dentre outros, visando o alcance da integralidade da atenção e da promoção da saúde, que se referem aos contextos onde os problemas ocorrem.

As análises feitas não deixam dúvidas de que os agentes podem desempenhar uma função importante no campo da promoção da saúde das populações, na busca de políticas públicas saudáveis e de uma melhor qualidade de vida, individual e coletiva.

³⁴ Veja outras experiências em: Seminário Internacional Atenção Primária em Saúde. Disponível: <http://www.saude.gov.br/dab>. Arquivo consultado em: 20 jan. 2006.

Contudo, não há efetivamente um meio ou receita própria para isso, diante da diversidade situacional de cada realidade e do alto grau de generalidade, não-especificidade e imprecisão que as idéias de promoção da saúde e a noção do que se inclua em “qualidade de vida”, encerram.

O grande desafio é o entendimento das implicações que essas questões trazem para o processo formativo dos agentes e para o desenvolvimento de uma mudança paradigmática nos conceitos da promoção da saúde, concomitante ao desenho de ferramentas e estratégias de comunicação, articuladas e socialmente contextualizadas, de informações significativas, com o fim último de desfrutarmos de uma sociedade mais saudável para todos. Certamente que há espaço para o agente comunitário de saúde nesse processo. E, pode-se dizer que numa certa medida, esse processo de mudança já está em curso.

REFERÊNCIAS

1. ANAND, D.Dr. **Índia, Unindo o Antigo ao Moderno**. In: A Saúde do Mundo: a revista da Organização Mundial de Saúde, Genebra, p. 22-31, fev./mar. 1973.
2. ASSUNÇÃO, R. S. **A Visita Domiciliar Realizada pelo Agente Comunitário de Saúde No Contexto do Programa de Saúde da Família**. 2000.45f. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.
3. BARROS, F. C. & VICTORA, C. G. **Epidemiologia da Saúde Infantil: Um manual para diagnósticos comunitários**, 2. ed. São Paulo: HUCITEC-UNICEF, 1994.
4. BASTIEN, J. W. **La formación de un agente comunitario de salud**. Foro Mundial de la Salud: revista da Organización Mundial de la Salud, v. 11, n. 4, p. 372-377, 1990.
5. BODSTEIN, R. C. de A.; FONSECA, C. M. **O Desafio da Reforma Sanitária: Consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde**. In: COSTA, MINAYO, RAMOS, STOTZ (Orgs.) **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Vol. 1, Petrópolis: Vozes, em co-edição com ABRASCO, 1989, p. 67-90.
5. BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.
6. BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, DF, 1995.
8. _____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. **Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PREPS**. Brasília, OPAS, 1976.
9. _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, 1991 a.
10. _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. PACS. **Manual de Recrutamento e Seleção**. Brasília, 1991 b.
11. _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, 1993 a.
12. _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. PACS. **Normas e Diretrizes**. Brasília, 1993 b.
13. _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. PACS. **Avaliação Qualitativa do PACS**. Brasília, 1994.

14. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 1994.
15. _____. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall e Declaração de Bogotá. Brasília, 1996.
16. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.886/97. Estabelece as atribuições do agente comunitário de saúde. Brasília, DF, 1997.
17. _____. SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília, DF, 1998.
18. _____. Ministério da Saúde. Fundação nacional de Saúde. Programa de Agente Comunitário de Saúde. Avaliação Qualitativa do PACS. Brasília, DF, 1994.
19. _____. Lei 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências.
20. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidades de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde - Um Pacto Tripartite**. Brasília, DF, 2002.
21. _____. Ministério da Saúde/UFMG/NESCON/EPSPM. **Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil**. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte, 2002.
22. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Relatório. Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no Sus**. Brasília, DF, 2003.
23. _____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde**. Área Profissional Saúde. Brasília, DF, 2004.
24. BUSS, P.M. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.
25. CHAULAGAI, C. H. N. **Voluntarios para la salud en comunidades urbanas**. Foro Mundial de la Salud: revista da Organización Mundial de la Salud, Ginebra, v. 14, p. 16-19, 1993.
26. CARVALHO, A. I. **Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

27. CASTRO SANTOS, L. A. **A vez da mulher camponesa: movimento social, identidade e saúde no Maranhão (um relato hirschmaniano)**. In: *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 20, n. 1, p. 42-62, jan. /jun., 2003.
28. CHRISTENSEN, P. B. & KARLQUIST, S. **Impacto de Los Promotores de Salud en una Zona de Barrios Pobres de Pucallpa, Perú**. In: *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 109, n. 2, p. 134-144, 1990.
29. GISH, O. **A forma de progredir**. In: *A Saúde do Mundo: a revista da Organização Mundial de Saúde*, Genebra, p. 8-13, abr. 1975.
30. COE, R. M. **Sociología de la Medicina**. Madrid: Alianza Editorial, 1979.
31. CUMPER, G. C. & VAUGHAN, P. **Dos auxiliares de Salud de la Comunidad a la hora de la decisión**. *Foro Mundial de La Salud*, v. 6, p. 422-425, 1985.
32. DAL POZ, M. R. **O agente comunitário de saúde: algumas reflexões**. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.
33. DAYRIT, M. M. **La formación de agentes locales de salud en Filipinas: un sistema no gubernamental**. *Foro Mundial de La Salud*, v. 6, 34, 1985.
34. DAVID, H. M. S. **De povo de Deus à Institucionalização Domesticadora** mudanças e passagens em duas décadas de educação popular com agentes comunitários de saúde. In: VASCONCELOS, E. M (Org.) **A Saúde Nas palavras e Nos Gestos**. Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001.
35. DIAS, N. M. DE O. **Mulheres “sanitaristas de Pés Descalços”**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1991.
36. ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1987. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.
37. _____. **Projeto Montes Claros – Palco e Bandeira de Luta, Experiência Acumulada do Movimento Sanitário**. In: FLEURY, S. (Org.) **Projeto Montes Claros**. A Utopia Revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 129-164.
38. FERRAZ, S. T. **Bases Conceituais de Promoção da Saúde**. Brasília, OPAS, 1994 (mimeo).
39. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE/CENEPI - **Relatório Epidemiológico - 1995**. Brasília, 1996, 16 p. (mimeo).
40. GAGNON, A. J. **Capacitación e integración de promotores rurales de salud**. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 110, n. 4, p. 298-309, 1991.

41. HORN, J. S. **Medicina para Milhões: a experiência chinesa.** (Trad.) Maria Terezinha Joffily. Rio de Janeiro: Brasileira S. A., 1979.
42. JUIZ DE FORA (MG). Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. **Projeto para Implantação do Programa de Saúde da Família no Município de Juiz de Fora.** Juiz de Fora, 1994, 22 p. (mimeo).
43. LABONTE, R. **Health promotion and the common good: towards a politics of practice.** *Critical Public Health* (8)2, 1998.
44. LALONDE, M. A. **A New Perspective on the Health of Canadians.** In: OPAS - **Promoción de la Salud: una antología.** Washington (DC): 1996.
45. LABRA, M. E. **Política e saúde no Chile e no Brasil.** Contribuições para uma comparação. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 361-376, 2001.
46. LEAVELL, H. R. e CLARCK, E. G. **Níveis de Aplicação de Medicina Preventiva.** In: **Medicina Preventiva.** São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976, p. 11-36.
47. LEONE, C.; FRESCHI, S. A.; YAMAMOTO, T. S.; MARQUES, A. M.; HASEGAWA, N. M.; PRIMO, E. e FERNANDEZ, B. S. **Pesquisa participante no desenvolvimento comunitário.** *Boletín Oficina Sanitária Pan-americana*, v. 101, n. 5, p. 493-503, 1986.
48. LIMA, C. R. M. **Reforma do Estado e Política de Saúde: discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell.** In: **Saúde em Debate**, n. 49- 50, p.34-43, mar. 1996.
49. LIMA, T. C. **A Teoria do Capital Social.** In: **Política & Trabalho**, v. 17, p. 46 - 63, set. 2001.
50. MACHADO, M. H. (Org.) **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
51. _____. (Coord.) **Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
52. MATHESON, A. **A saúde viaja montada.** In: **A Saúde no Mundo.** OMS. Genebra, jul. de 1981.
53. MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996.
54. MINAYO, M. C.; DIELIA, J. C. R.; SVITONE, E. **Programa de agentes de saúde do Ceará.** Fortaleza, UNICEF, 1990.

55. NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. A. O. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde.** Cadernos do IPEA. Texto para Discussão nº 735. Rio de Janeiro, 2000.
56. NOGUEIRA, R. P. **O trabalho do agente comunitário de saúde:** entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. In: **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n.10, p. 75-94, fev. 2002.
57. NORONHA, J. C. de; SOARES, L. T. **A política de saúde no Brasil nos anos 90:** In: **Ciência e Saúde Coletiva**, Abrasco, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.
58. NUNES, M. O. et al. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1-12, dez. 2002.
59. OOI, G.L. **Qué futuro tiene la medicina tradicional china fuera de su país de origen?** In: Foro Mundial de la Salud: revista da OMS, Ginebra, v. 14, p. 81-87, 1993.
60. Organización Mundial de la Salud. **Atención primaria de salud.** Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, set. 1978.
61. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF. **Proposições alternativas para o atendimento das necessidades básicas de saúde nos países em desenvolvimento.** UNICEF, Ginebra, 1980.
62. _____. **Community health workers: pillars for health for all. Report of the Interregional Conference**, Yaoundé, Cameroon, Gene bra, 1987.
63. _____. **Mijoramento de la labor de los agentes de salud comunitarios en la atención primaria de salud.** Série de Informes Técnicos 780, Ginebra, 1989.
64. PIERANTONI, C. R. **As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades.** In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Abrasco, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p 341-360, 2001.
65. PIRES, D. **O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela Medicina e pela Enfermagem Institucionalizadas.** 1988 259 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.
66. **Prêmio Faz Diferença.** O Globo, Rio de Janeiro, Caderno Especial, p. 6, dez. de 2003.

67. ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
68. SANTOS, R. C. N. **A História do Projeto Montes Claros**. In: FLEURY, S. (Org.) **Projeto Montes Claros**. A Utopia Revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
69. SCLIAR, M. **Do mágico ao social** Trajetória da saúde pública. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2002.
70. SHIMIZU, H. E. et al. **A prática do auxiliar de enfermagem do programa de saúde da família**. In: Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n.5, set. /out. 2004.
71. SIGERIST, H. **The social sciences in the medical school**. In: SIGERIST, H. (ed.) **The University at the Crossroad**. Nova Iorque: Henry Schumann Publisher, 1946.
72. SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
73. _____.e DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde**. In: Interface – Comunic, Saúde, Educ, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.
74. SILVA. M.J.; RODRIGUES, R.M. **Os agentes comunitários de saúde no processo de municipalização de saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.2, n.1, jan/jun 2000. Online: disponível na internet via <http://www.fen.ufz.br/revista>. Arquivo consultado em 02 de fev. de 2003.
75. SILVA, R. et al. **Do Elo ao Laço: o Agente comunitário na Construção da Integralidade em Saúde**. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004, 320p.
76. SOUZA, H. M. **Entrevista com a Diretoria do Departamento de Atenção Básica – SPS/MS**. In: Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, n. especial, p.7-16, dez. 2000.
77. SOUZA, M. F. de. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001.
78. TENDLER, J. **Bom Governo nos Trópicos**. Uma visão crítica. Rio de Janeiro - Brasília: Revan - ENAP, 1998.

79. TERRIS, M. **Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública.** In: **Promoción de la Salud: una antología.** Washington: Opas, 1996. (Publicação Científica 557).
80. TOBAR, F. **Nova Racionalidade Técnica.** In: FLEURY, S. (Org.) **Projeto Montes Claros.** A Utopia Revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 101-126.
81. TORRES, P. J. **Educación participación de la comunidad en cuidados perinatales. Aspectos Metodológicos.** Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, v. 102, n.2, p. 168-174, 1987.
82. UNGLERT, C. V. S. **Territorialização em sistema de Saúde.** In: **DISTRITO SANITÁRIO.** O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, cap. 5, p. 221-35.
83. VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1991.
84. Van STRALEN, C. J. **Do Projeto de Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas.** In: FLEURY, S. (Org.) **Projeto Montes Claros.** A Utopia Revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 165-191.
85. VICTORA, C. G. ; KNAUTH, D. S.; HASSEN M.N.A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde.** Uma Introdução ao Tema. Porto Alegre: Tomo Editorial Ltda, 2000.
86. YANGNI-ANGATÉ, A. **Se necesitan corazones, cabezas y manos para dispensar atención primaria.** Foro Mundial de la Salud, v. 12, n. 4, p. 437-440, 1991.

ANEXO A – Relatório da observação do trabalho do ACS em uma unidade básica de saúde de Juiz de Fora

A Unidade Básica de Saúde possui em seu território um total de 7507 pessoas, onde atuam duas equipes básicas do PSF em duas áreas – 030 e 031, com respectivamente 3836 e 3671 pessoas. As áreas foram repartidas em seis microáreas, trabalhando, em cada uma delas, um agente comunitário de saúde, residente e domiciliado no local. Um agente comunitário de saúde é responsável por cerca de 650 pessoas, distribuídas por aproximadamente três ruas para cada um.

Existe uma clara e nítida divisão de trabalho entre o meio interno – UBS e o meio externo – trabalho dos agentes comunitários de saúde. Funcionam como se fossem distintas partes de uma mesma coisa: lógica própria de organização e divisão do trabalho; falta de diálogo e negociação dos dois mundos; falta de interpenetração; de interferência mútua dos dois meios.

Constituem-se em dois domínios não interagentes, sem consecução e mutuamente exclusivos, que não se completam e se complementam: o meio externo constituído pelas famílias e comunidade, as visitas e andanças dos agentes e, o meio interno, constituído pela oferta organizada de ações de doenças pelos profissionais “donos do saber biomédico” e pela demanda espontânea da população que busca atendimento. Esses dois mundos (UBS E ACS) não são interativos, e os estímulos e motivações que os agentes por vezes criam nas famílias e comunidade, ou em qualquer outro lugar, não encontram respostas satisfatórias e acabam por se perder.

Na UBS trabalham dois médicos, dois enfermeiros, sendo um deles o gerente, dois auxiliares de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais. Nos domicílios, doze agentes. Tão logo, a UBS abre as portas às 7 horas da manhã inicia-se um trabalho na fila de espera, chamado de acolhimento, mas que se trata, na verdade, de uma triagem, sem resolutividade, apenas para desmonte da fila. Não existe espaço físico adequado, estruturado para esta prática, ou seja, um lugar que possibilite a recepção e a escuta individual e sigilosa, com reserva e privacidade, dentro das normas éticas, em que o usuário possa estar expondo os seus problemas, considerando a UBS como a porta de entrada.

O acolhimento é realizado conforme uma escala que permite um rodízio entre os enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de Saúde, que ficam duas vezes por semana, no turno da manhã, envolvidos neste processo. Na UBS em questão, a tarefa envolve somente um profissional de cada vez, supervisionado pelo enfermeiro.

Os agentes comunitários de saúde começam o dia de trabalho na UBS, às 7 horas da manhã, para assinatura do ponto, e por lá ficam até às 09h30min, pois não adianta sair antes para a microárea, porque é cedo demais para serem recebidos nos domicílios pelos assistidos. Neste ínterim, recebem alguma orientação do gerente ou enfermeiro sobre tarefas a cumprir ou ações a realizar, que não dura mais do que trinta minutos.

Usualmente, as tarefas a cumprir são afixadas na folha de ponto de cada um e não repassadas individualmente/ou em grupo. Os agentes retornam a UBS às 13h00min horas para novamente assinarem o ponto e se deslocarem, agora mais rapidamente, para a rua. A alegação para duas assinaturas de ponto no mesmo dia é o controle do trabalho, que na realidade, não é passível de controle, pois são mundos de trabalho inteiramente distintos e o lócus do seu exercício se dá em pontos diferentes. Dependendo da localização da microárea, torna-se cansativo o deslocamento até a UBS duas vezes por dia para assinatura do ponto, o que interfere negativamente no andamento das visitas nos domicílios.

A UBS, mesmo tendo implantado o PSF há mais de quatro anos, não alterou o seu horário antigo de funcionamento, de 7 às 11 horas, com duas horas para almoço, retorno às 13, indo até 17 horas. Os agentes têm que enquadrar o seu trabalho dentro desse horário, não importando a natureza e conteúdo das atribuições desenvolvidas por eles, o ritmo local da comunidade, em termos de hábitos, costumes e necessidades.

Existem famílias, por exemplo, que mesmo após quatro anos de implantação do PSF não foi visitada uma única vez, pois o domicílio vive fechado, já que os horários coincidem com a jornada de trabalho de muitos ou as visitas acontecem em horários inoportunos, considerando-se a dinâmica interna das famílias. Parecem aquelas visitas que chegam em horários indesejáveis ou os militantes das representações das igrejas que percorrem de casa em casa para pregação e que não são atendidos por muitos. O resultado disso é que muitas pessoas com

hipertensão, ou diabetes ou outra patologia qualquer, algumas cadastradas, outras acompanhadas pelo agente nunca sequer foram vistas por ele.

Os agentes geralmente realizam em média oito visitas domiciliares por dia, mas relatam não se sentirem preparados para fornecer as orientações requeridas pelos assistidos em termos de difusão de ações para a promoção da saúde e aprimoramento das medidas preventivas. São eles que definem com o enfermeiro (a) o roteiro e os domicílios a serem visitados, pois conhecem onde estão os doentes e sabem as fichas de acompanhamento e alimentação do SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica-que devem ser preenchidas. Geralmente as informações coletadas não são utilizadas pela equipe de saúde da família da UBS, sendo utilizadas somente para processamento pelo banco de dados.

Os agentes percebem que o trabalho que executam é enfadonho, entediante, angustiante e sem utilidade. Nas poucas vezes em que se sentiram úteis havia a realização de alguma atividade concreta; por exemplo, o preenchimento e recolhimento de documentos para o Cartão SUS.

As visitas são breves, rápidas e a comunicação é fácil, embora haja desencontros de informações, frases ambíguas e fragilidade de convicções. Parecem com aquelas visitas de parentes que as famílias geralmente recebem de quando em vez e em que se faz uma enquete rápida de como estão todos os moradores do domicílio.

O liame entre a população e o ACS é interferido pelas condições de suprimento das unidades de saúde, se os insumos faltam no Posto a população reclama e a visita não é realizada ou quando acontece, se dá em condições precárias.

O agente faz lembrar aqueles políticos à moda antiga, que percorriam as ruas anotando as solicitações de seus eleitores. Vivencia diariamente uma prova de fogo nas ruas, lidando com as carências do sistema de saúde e das pessoas.

Essa relação agente/sistema de saúde, se bem aproveitada, poderia se constituir em objeto de reflexão sobre a realidade circundante, com base nas observações e experiências com a comunidade, contribuindo para potencialização de ações e intervenções nessa mesma comunidade e em prol dela.

ANEXO B – Formulário para entrevista com agente comunitário de saúde

Município: _____ Unidade de Saúde: _____ Urbano/Rural _____
Nº.: _____

BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO**1- Sexo**

- 1- Masculino
- 2- Feminino

2- Ano do Nascimento: -----/-----/-----

3- Estado Civil:

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- Viúvo (a)
- Desquitado/ Divorciado (a)
- Outros

Especificar _____

4- Naturalidade _____ **Estado** _____.

5- Grau de Escolaridade (Situação Escolar Atual)

- ensino fundamental (primeiro grau) incompleto. Estudou até _____ série
- ensino fundamental (primeiro grau) completo
- ensino médio (segundo grau) incompleto. Estudou até _____ ano
- ensino médio (segundo grau) completo.
- superior incompleto
- superior completo. Curso _____

6-Renda mensal familiar

- até R\$260,00
- até R\$261,00 a R\$520,00
- de R\$521,00 a R\$780,00
- de R\$781,00 a R\$1.300,00
- mais de R\$1.300,00

7- Concluiu algum curso profissionalizante? Não Sim.

Especifique _____

8- Pretende seguir os estudos? Não Sim.

Especifique _____

9- Possui parentes próximos que se formou em cursos de área de saúde? Sim Não***Se sua resposta for sim, responda no quadro seguinte.**

	1- GRAU DE PARENTESCO	2- CURSO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
	01- pai, 02 -mãe, 03- filho, 04-filha, 05- avô, 06- avó, 07-irmão, 08-irmã, 09- neto, 10- neta, 11- tio, 12-tia, 13- sobrinho, 14- sobrinha, 15- primo, 16- prima, 17- cônjuge-18- outro.	

10-Marque com um x a sua forma de contratação.

Concurso Público/ Processo Seletivo		Modalidades de contratação				Contrataçã o Indireta
		Contratação Direta				
Sim	Não	Cargo Público Efetivo (Estatutário)	Emprego Público (CLT)	Cargo em Comissão	Contrato Temporário	Por outra Entidade (Especifiqu e)

11- Além de ser ACS, exerce outra atividade?

Não

Sim.

Especifique _____

12- Há quanto tempo reside neste município?

Menos de 2 anos

De 2 a 5 anos

De 5 a 10 anos

Há mais de 10 anos

Não reside no município

13- Há quanto tempo reside no bairro onde atua como ACS?

Menos de 2 anos

De 2 a 5 anos

De 5 a 10 anos

Há mais de 10 anos

Não reside no bairro

14- Você reside na microárea onde atua?

Sim

Não

BLOCO 2: PARTICIPAÇÃO SÓCIO-POLÍTICA

Antes de se tornar ACS (Responda às perguntas de 1 a 13).

1- Você conhecia muitas pessoas e famílias do bairro?

- Sim, muitas.
- Sim, poucas.
- Sim, mais ou menos.
- Não, só a minha família.
- Não sabe
- Não responde

2- Você participava de atividades junto com as outras pessoas do bairro?

- Sim. Especifique:

- Não

3- Você era representante de algumas dessas entidades?

- Grupo religioso
- Associação/Sociedade de moradores
- Conselho de saúde
- Outros conselhos que atuam no bairro
- Outros.

Especifique _____

4- Você participava dos movimentos de algumas das entidades?

Qual?

Especifique _____

5- E fora do bairro, você participava de algumas dessas entidades acima levantadas?

Qual?

Especifique _____

6- Você era chamado pelas pessoas da comunidade para ajudá-las na resolução de questões de saúde?

- Sim
- Não

7- Você participava de mobilizações e lutas da comunidade em busca de melhoria das condições de vida e saúde?

Sim

Não

8- Você conhecia as condições gerais de vida das pessoas e famílias da sua comunidade?

Sim

Não

9- E as condições de saúde?

Sim

Não

10- Você sabia de quê as pessoas mais adoeciam aqui?

Sim

Não

11- Você sempre gostou das pessoas e famílias aqui residentes?

Sim

Não

12- Você já tomou alguma vez iniciativa de chamar as pessoas e famílias do bairro para se organizarem para o alcance a objetivos comuns?

Sim

Não

13- Você participava de reuniões comunitárias para discussão dos problemas da comunidade?

Sim

Não

Não havia

Depois de se tornar ACS (Responda às perguntas de 1 a 14)

1- Você participa das reuniões do Conselho Local/Municipal de Saúde?

Sim

Não

Não sabe

Não responde

2- Você conhece muitas pessoas e famílias do bairro?

Sim, muitas.

Sim, poucas.

Sim, mais ou menos.

Não, só a minha família.

Não sabe

Não responde

3- Você participa de atividades junto com as outras pessoas do bairro?

Sim.

Especifique_____

Não

4- Você é representante de algumas dessas entidades?

Grupo religioso

Associação/Sociedade de moradores

Conselho de saúde

Outros conselhos que atuam no bairro

Outros.

Especifique_____

5- Você participa dos movimentos de algumas dessas entidades?

Qual?

Especifique_____

6- E fora do bairro você participa de algumas dessas entidades?

Qual?

Especifique_____

7- Você é chamado pelas pessoas da comunidade para ajudá-las na resolução de questões de saúde?

Sim

Não

8- Você participa de mobilizações e lutas da comunidade em busca de melhoria das condições de vida e saúde?

Sim

Não

9- Você conhece as condições gerais de vida das pessoas e famílias da sua comunidade?

Sim

Não

10- E as condições de saúde?

Sim

Não

11- Você sabe de quê as pessoas mais adoecem aqui?

Sim

Não

12- Você gosta das pessoas e famílias aqui residentes?

Sim

Não

13- Você toma alguma vez iniciativa de chamar as pessoas e famílias do bairro para se organizarem para o alcance de objetivos comuns?

Sim. Especifique:

Não

14- Você participa de reuniões comunitárias para discussão dos problemas da comunidade?

Sim

Não

Não sabe

Não responde

BLOCO 3- MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO

1- Como você soube sobre a função de ACS?

amigos/vizinhos

mídia (televisão, rádio, jornal escrito etc)

Unidade de Saúde

Outro. Especifique _____

2- Qual (is) o (s) motivo (s) que o/a levou (aram) a se candidatar ao emprego de ACS?

Assinale no máximo 3 opções, enumerando de 1 a 3, em grau de importância para você.

oportunidade de trabalho

vontade de ajudar as pessoas e famílias do bairro

desejo de trabalhar como ACS

vontade de trabalhar na Prefeitura

vontade de contribuir para a melhoria das condições gerais de vida do bairro

desejo de ter emprego estável

necessidade financeira

gosta de trabalhar com o público

outro(s): _____

3- O seu trabalho como ACS é o seu primeiro emprego?

Sim

Não. Responda à pergunta de nº 45

4- Que atividade você desempenhou no seu último emprego? _____

5- Você sabia quais as funções que o ACS desempenha?

Sim

Não

6- Você conhecia o Programa de Saúde da Família?

Sim

Não

BLOCO 4- SOBRE O TRABALHO

7- Foi realizada alguma preparação específica para o seu trabalho?

Sim

Não

8- A preparação que você teve corresponde às necessidades da sua prática profissional?

Sim

Não

9- Você se sente preparado para dar as informações e orientações que as famílias solicitam?

Sim

Não. Por quê? _____

10- As ações que você desempenha correspondem às ações que você pensava serem de competência do ACS?

Sim

Não. Por quê? _____

11- Em que local você desenvolve mais suas ações como ACS?

na Unidade Básica de Saúde

- na comunidade
 - nos domicílios
 - nas escolas
 - nas igrejas
 - (outro) (s). Especifique:
-

12- Das ações que você desenvolve quais são mais freqüentes?

- ações de promoção da saúde
- ações de prevenção de doenças e agravos
- ações de reabilitação/recuperação da saúde
- ações de planejamento e gestão do trabalho
- Outras. Especificar: _____

13- Você se articula ou participa de articulações com outros setores do Serviço Público (educação, assistência social, desenvolvimento econômico, ambiente, etc) para reivindicar ou encaminhar discussões/soluções dos problemas de saúde das famílias e da comunidade que você atende?

- Sim
- Não. Por quê? _____

14- Você se articula ou participa de articulações com entidades, associações, sociedades, etc para organizar discussões e propor soluções para os problemas de saúde das famílias e comunidade que você atende?

- Sim
- Não. Por quê? _____

15- Quando ocorrem problemas no seu trabalho a quem você recorre mais freqüentemente?

- ao enfermeiro da equipe
- ao médico da equipe
- ao assistente social da equipe
- ao gerente da UBS

() ao auxiliar de enfermagem

() outro. Especifique: _____

16- Das ações listadas abaixo, indique nos parênteses o número que corresponda à sua opção, considerando-se a frequência em que você executa a ação enumerada.

- () realização do cadastramento das famílias
- () participação na realização do diagnóstico da comunidade
- () perfil sócio econômico da comunidade.
- () realização do acompanhamento das micro-áreas de risco
- () realização da programação das visitas domiciliares
- () atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias
- () acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos
- () promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso
- () promoção do aleitamento materno exclusivo
- () monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral
- () monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças
- () orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS gravidez precoce e uso de drogas
- () identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência
- () realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação.
- () incentivo e preparo para o aleitamento materno
- () atenção e cuidados ao recém nascido: cuidados no puerpério
- () monitoramento dos recém nascidos e das puérperas
- () realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para realização de exames periódicos nas unidades de saúde de referência.
- () realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar
- () realizações de ações educativas referentes ao climatério

- () realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade
- () realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil.
- () busca ativa das doenças infecto-contagiosas
- () apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrências de doenças de notificação compulsória
- () supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas.
- () realização de atividades de prevenção da saúde do idoso
- () identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio
- () incentivo à comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psicofísica
- () orientação às famílias e à comunidade para prevenção e o controle das doenças endêmicas
- () realização de ações educativas para preservação do meio ambiente
- () realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos
- () estimulação da participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade
- () outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.

Especifique _____

17- Você é procurado pelas pessoas e famílias do bairro para resolver problemas fora do seu horário de trabalho?

- () Sim
- () Não

18- Qual o motivo mais freqüente de procura fora do horário de trabalho?

19- Dos temas listados abaixo, indique nos parênteses o número que corresponda à sua opção, considerando-se a freqüência em que você conversa sobre eles:

1- Freqüentemente 2- De vez em quando 3- Nunca conversou

- Estilo de vida saudável
- Tabagismo
- Dieta
- Nutrição
- Abuso de álcool e drogas
- Atividades e exercícios físicos
- Saúde mental e psicologia
- Violência em geral
- Violência doméstica
- Sexualidade e vida sexual
- Prevenção de doenças
- Relacionamento entre os membros da família
- Desemprego
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Vacinas
- Saúde bucal
- Saúde ambiental
- Higiene pessoal e do lar
- Segurança de alimentos e de medicamentos
- Saúde da mãe e da criança
- Gestação indesejada
- Educação
- Saneamento no bairro (água, lixo, esgoto)
- Geração de renda na comunidade
- Moradia
- Religião
- Condições de vida da comunidade
- Área de lazer

20- As ações que você desempenha como ACS são definidas, em sua opinião.

- de acordo com as prioridades locais da comunidade
- de acordo com as normas da Prefeitura

- de acordo com as definições da equipe
- de acordo com o planejamento que você faz
- não sabe avaliar
- não responde

21- Você visita todas as famílias que estão dentro da sua micro-área de cuidado?

- Sim
- Não. Por quê? _____

22- O fato de você conhecer previamente as pessoas e famílias da sua micro-área ajuda no seu trabalho?

- Sim
- Não. Por quê? _____

23- Em sua opinião, o trabalho do ACS é:

- é importante porque ajuda a resolver os problemas da comunidade
- é importante porque ajuda e facilita a resolução dos problemas de saúde/doença das pessoas
- é importante, mas precisa passar por reformulações e ajustes.
- não sabe avaliar
- não responde

24- Você acha que você deve ter acesso aos prontuários dos pacientes?

- Sim. Por quê? _____
- Não. Por quê? _____

25- Você já teve problemas por fornecer informações das pessoas e famílias que você visita?

- Sim. Qual? _____
- Não.

26- Quando você organiza o seu esquema de visitas, você o faz:

- visito (a) primeiro os que estão mais perto
- visito (a) primeiro os que estão há mais tempo sem visitas
- visito (a) primeiro aqueles que não têm risco

visito (a) primeiro aqueles que têm risco

visito (a) primeiro amigos e parentes

27- Já deixou de fazer alguma visita?

Sim. Responda à pergunta de nº 28

Não

Não sabe

Não responde

28- Por quê?

dificuldade de acesso

falta de tempo

Não havia ninguém no domicílio

Não sabe

Não responde

29- Como você planeja seus dias/semanas de trabalho?

sigo a rotina proposta pelo (a) gerente da UBS

sigo a rotina proposta pelo enfermeiro (a)

organizo a minha própria agenda de trabalho de acordo com as necessidades das pessoas e famílias sob minha responsabilidade.

30- Indique as três principais dificuldades que você enfrenta para programar o seu trabalho.

1. _____

2. _____

3. _____

31- Indique duas medidas que, em sua opinião, contribuiriam para melhorar o trabalho do ACS. Por favor, indique apenas duas medidas que você julga mais importante:

1 _____

2 _____

32- Para você, que palavra define o futuro do ACS?

Comentários do ACS

Entrevistador: _____ **Data:** ____/____/____

Comentários do Entrevistador:

ANEXO C – Formulário para entrevista em domicílio**No _____**

Foi considerado como usuário do PSF toda aquela pessoa cujo tempo desde quando está cadastrada no PSF é de no mínimo, 12 meses.

1) Você é usuário da Unidade de Saúde?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não responde

2) Há quanto tempo?

- Menos de 2 anos
- De 2 a 5 anos
- De 5 a 10 anos
- Há mais de 10 anos

3) Há quanto tempo você mora aqui?

- Menos de 2 anos
- De 2 a 5 anos
- De 5 a 10 anos
- Há mais de 10 anos

4) Você recebe regularmente a visita do ACS?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não responde

5) Com que frequência?

- Semanal
 - Quinzenal
 - Mensal
 - Bimensal
 - Outra. **Especificar:**
-

6) Você conhecia o ACS antes dele se tornar ACS?

- Sim - Se sim, responda à pergunta 7.
- Não
- Não sabe
- Não responde

7) De onde você o conhecia?

- Do bairro
- Das reuniões aqui do bairro
- Da igreja
- Da associação/sociedade de moradores
- Outro. **Especificar:**

8) Antes do ACS que o visita se tornar ACS, ele (a) era uma pessoa conhecida aqui do bairro?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não responde

9) Ele (a) participava dos movimentos da comunidade em prol da saúde e de outras questões de interesse da comunidade?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não responde

10) Quando você ou alguém de sua família tinha problema de saúde ou qualquer outro problema vocês o procuravam (a) antes dele (a) ter se tornado um ACS?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não responde

11) E os seus vizinhos e pessoas da comunidade o (a) procuravam?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não responde

12) O ACS conhece os problemas de saúde dos membros da sua família?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não responde

13) Quando você precisa utilizar os serviços do ACS...

- Ele está sempre disponível
- Ele às vezes está indisponível. Qual o principal

motivo? _____

14) Você gosta de receber a visita do ACS?

- Sim Qual o motivo?

 Não Qual o motivo?

- _____
 Não sabe
 Não responde

15) O ACS estimula e lidera as reivindicações da comunidade para a busca de melhor qualidade de vida para todos?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não responde

16) O ACS realiza outra(s) atividade(s) na comunidade com as pessoas e famílias, sem ser a visita domiciliar?

- Sim Qual?

 Não
 Não sabe
 Não responde

17) Você e sua família mudaram comportamentos, hábitos e atitudes depois que o ACS começou a visitá-los?

- Sim Especificar uma mudança:

 Não
 Não sabe

Não responde

18) Você procura o ACS fora do horário de trabalho dele?

Sim

Não

Não sabe

Não responde

19) As informações que o ACS presta a você e sua família são adequadas e satisfatórias?

Satisfaz plenamente

Não satisfaz plenamente (vá para a 20)

20) Qual o principal motivo?

São incompletas

São de difícil compreensão

Não confio nas informações

Outra razão: _____

21) O ACS demonstra interesse, ouve e encaminha os seus problemas e os de sua família?

Sim

Não

Não sabe

Não responde

22) Você e sua família seguem os conselhos e orientações que o ACS dá?

Sim

Não (vá para a 23)

Não sabe

Não responde

23) Se não, qual o principal motivo?

Falta de conhecimento do ACS

Falta de empenho do ACS em nos convencer

Falta de confiança nas suas orientações e conselhos

Não sabe informar

São incompletos

Outro motivo:

24) **Dos temas listados abaixo, indique nos parênteses o número que corresponda à sua opção, considerando-se a frequência em que o ACS conversa com você sobre eles:**

1- Frequentemente 2- De vez em quando 3- Nunca conversou

- Estilo de vida saudável
- Tabagismo
- Dieta
- Nutrição
- Abuso de álcool e drogas
- Atividades e exercícios físicos
- Saúde mental e psicologia
- Violência em geral
- Violência doméstica
- Sexualidade e vida sexual
- Prevenção de doenças
- Relacionamento entre os membros da família
- Desemprego
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Vacinas
- Saúde bucal
- Saúde ambiental
- Higiene pessoal e do lar
- Segurança de alimentos e de medicamentos
- Saúde da mãe e da criança
- Gestação indesejada
- Educação
- Saneamento no bairro (água, lixo, esgoto)
- Geração de renda na comunidade
- Moradia
- Religião
- Condições de vida da comunidade
- Área de lazer

25) Que conceito você daria para o trabalho do ACS?

- Ótimo
- Bom
- Regular

- Insatisfatório
- Não sabe informar

26) Indique uma única medida que você considera que ajudaria a melhorar o trabalho do ACS: _____

27) Que palavra resume o trabalho do ACS para você?

28) Para você o ACS é um...

- Profissional de saúde
- Membro da comunidade
- Liderança aqui da comunidade
- Cargo de confiança do Prefeito, estando a seu serviço.
- Não sabe avaliar
- Não responde

29) Você tem confiança em transmitir para o ACS as informações sobre os problemas da sua família?

Sim.

Por quê? _____

Não.

Por quê? _____

Não sabe informar

Não responde

30) Você já se sentiu prejudicado no atendimento do ACS em função dele ter privilegiado parentes e amigos?

Sim

Não

Não sabe responder

Não responde

31) O fato de o ACS residir no bairro ajuda no trabalho?

Sim

Não

Tanto faz

Não sabe avaliar

Não responde

- 32) Você acha que o ACS é capacitado para dar informações e orientações sobre cuidados de saúde bem como realizar a vigilância à saúde das famílias sob sua responsabilidade?**
- Sim
 - Não
 - Tanto faz
 - Não sabe avaliar
 - Não responde
- 33) Em sua opinião, o ACS conhece bem a sua área de atuação e incentiva a participação da população na solução dos problemas?**
- Sim
 - Não
 - Tanto faz
 - Não sabe avaliar
 - Não responde
- 34) O ACS entende as suas necessidades e as de sua família, identifica os problemas e estimula-os a encontrar soluções?**
- Sim
 - Não
 - Tanto faz
 - Não sabe avaliar
 - Não responde
- 35) O ACS conhece a respeito das redes sociais e os sistemas de apoio disponíveis na comunidade, incluindo recursos recreacionais, religiosos, políticos ou filantrópicos?**
- Sim
 - Não
 - Tanto faz
 - Não sabe avaliar
 - Não responde
- 36) Em sua opinião, o trabalho que o ACS executa está mais voltado para a saúde ou para a doença?**
- Para a saúde
 - Para a doença
 - Para nenhum dos dois
 - Não sabe informar

Outro. **Especificar:**

37) Você acha que melhorou a saúde depois que o ACS começou o seu trabalho?

Sim.

Por quê? _____

Não.

Por quê? _____

Não sabe

Não responde

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO USUÁRIO

Município de Residência: _____

Bairro: _____ Urbano/Rural _____

Unidade de Saúde: _____ Equipe: _____

Idade: () anos - Sexo: () (masculino - feminino)

Escolaridade: _____

Renda mensal familiar

Até R\$260,00

De R\$261,00 a R\$520,00

De R\$521,00 a R\$780,00

De R\$781,00 a R\$1.300,00

Mais de R\$1.300,00

Comentários do usuário: _____

Comentário do Entrevistador: _____

Entrevistador _____

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO D – Roteiro para perguntas no grupo focal

- 1) Para vocês, o que é o atual Agente Comunitário de Saúde?
- 2) Os elementos do seu perfil social: residência na comunidade, laços prévios com as pessoas com as quais irão trabalhar e lideranças comunitárias interferem no perfil de atividades que o ACS desempenha? De que maneira?
- 3) O perfil ocupacional tem a ver com o perfil social?
- 4) O agente executa suas atividades referenciado pelo quadro de necessidades locais ou pela prescrição formal do programa, segundo roteiro e manuais pré-estabelecidos?
- 5) Vocês confiam nos atendimentos que são feitos em domicílio pelos agentes?
- 6) Já que o agente trabalha nos domicílios e penetra no círculo da privacidade das pessoas e famílias, como vocês vêem a questão da transmissão de informações técnicas dos pacientes para ele?
- 7) Vocês permitem o agente tenha acesso a todas as informações sobre doenças e condições de saúde das pessoas e famílias atendidas por ele?
Por que sim?
Por que não?
- 8) Vocês acham que o trabalho da equipe melhorou depois do ingresso do agente?
- 9) Em que melhorou? Ou não melhorou?
- 10) Com uma palavra como você define o agente.
- 11) Qual (is) medida(s) aplicar para melhorar o trabalho?