

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: O SER, O SABER, O FAZER. Joana Azevedo Silva & Ana S. Whitaker Dalmaso. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 240 pp.

ISBN: 85-7541-009-1

Na última década, o agente comunitário de saúde representou um segmento efetivo do trabalho em saúde e se tornou um novo ator político, no cenário da assistência à saúde e de sua organização. A razão do protagonismo desse ator foi a expansão em âmbito nacional e, em especial, em áreas metropolitanas, de um determinado tipo de programa – o Saúde da Família, estratégia que se sustenta em bases já conhecidas de extensão de cobertura, mas cuja pretensão era, neste momento, levar a equipe de serviços de saúde para ações diretas na comunidade, envolvendo os diversos profissionais com uma atenção de qualidade aos usuários do programa.

O trabalho de Silva & Dalmaso tem por objeto a compreensão do agente comunitário de saúde, dessa nova identidade profissional que emergiu da formulação e implantação dos programas de Saúde da Família. Este estudo é parte de um projeto multicêntrico de pesquisa sobre novos modelos de assistência à saúde no Município de São Paulo e aprofunda o debate sobre a caracterização do agente comunitário de saúde e seu desenvolvimento ocupacional e social.

As autoras questionam as perspectivas do agente comunitário de saúde no modelo PSF e suas necessidades, com base na experiência da implementação do Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis), no Município de São Paulo, em 1995, entendido como uma leitura singular do processo de reorientação da assistência à saúde no plano nacional.

Na primeira parte do livro, fizeram o levantamento das propostas que prevêem a participação do agente de saúde na prestação de serviços à população no Brasil, tendo os mesmos como elemento nuclear das ações de saúde. Com isto, recuperaram ao mesmo tempo a trajetória da emergência desse ator e das políticas públicas em saúde e suas expressões ou programas, experimentados em diferentes contextos da organização da assistência à saúde no país, que visavam a ampliação da cobertura com controle de custos; ampliação do acesso com acolhimento das necessidades de saúde e identificação, captação e resolução das necessidades de saúde.

O estudo apontou ainda semelhanças e diferenças entre essas políticas quanto à concepção, à denominação e aos aspectos nucleares referentes ao agente de saúde, sua inserção no trabalho em saúde e sua atuação profissional, permitindo pensar em tipologias de agente comunitário.

A tese exposta indicou que as propostas selecionadas, embora seguissem racionalidades econômicas, científicas e técnicas associadas a perspectivas humanísticas, dentro de uma linhagem que se ini-

ciou no pós-guerra, se distinguiam por diversos fatores como contexto em que se inseriam, justificativas e objetivos da implementação, população alvo, perfil daqueles profissionais e papel dos mesmos nas ações de saúde e na interação necessária com outros profissionais e com a comunidade.

A seleção de propostas privilegiou as iniciativas por parte do Estado, envolvendo diversas esferas governamentais, e foram o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), posteriormente Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP); o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em sua etapa inicial no Nordeste e posterior no Vale da Ribeira, São Paulo; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Estado de Ceará (PACS); Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) e Programa Saúde da Família (PSF).

Dessa recuperação histórica, ressaltou-se que o agente de saúde era o sujeito de viabilização de políticas de saúde de uma nova linhagem, e que o trabalho do mesmo, de modo geral, ultrapassava o atendimento às necessidades, pois ele se dedicava a cuidar da comunidade e pensava a saúde em sua concepção ampliada. Cuidar era mais que tratar o indivíduo nas unidades de saúde; era prover assistência na vida comunitária, deslocando o cuidado para o território onde se inseria a população adstrita.

Outro aspecto enfatizado, era que quanto mais o perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde é projetado e se exigia alguma qualificação aos candidatos, o agente comunitário de saúde ampliava sua referência principal entre a instituição e a comunidade, complexificando sua dimensão de agente institucional, inserido em uma equipe de saúde, e de agente comunitário, que guardava uma relação de pertencimento e solidariedade para com a comunidade de origem. Assim, o cuidado e a relação entre equipe de saúde, agente e comunidade eram, para as autoras, os traços mais marcantes do processo de formulação de políticas de saúde para áreas metropolitanas, que deviam ser considerados para análise da identidade dos agentes comunitários de saúde.

As questões apontadas acima nortearam a busca por compreender tanto o que se esperava do agente comunitário de saúde, em termos de desempenho profissional no PSF, como o que o agente comunitário de saúde esperava do PSF e do SUS. Baseando-se nessas premissas, as autoras descrevem no segundo capítulo o trabalho de investigação sobre a caracterização do agente comunitário de saúde, que atuava nas áreas metropolitanas e que implicava um processo em construção.

A construção da identidade profissional dos agentes comunitários de saúde foi analisada com base em quatro dimensões, que se articulavam: a profissão e sua regulamentação; a organização do trabalho burocrática e profissionalmente; o pertencimento a um grupo profissional e a grupo social; e as diferentes

modalidades de assistência em saúde, que organizavam ofertas diferenciadas de atenção.

A análise dessas dimensões exigiu das autoras aproximações teóricas com base em estudos sociológicos sobre profissões ou processo de trabalho em saúde, organização do trabalho, relações sociais de interdependência entre indivíduos na organização de comunidades, e definições de intervenções assistenciais, que expõem o grau de complexidade dos estudos sociais em saúde.

O tema dos capítulos que se seguiram era a discussão sobre a emergência de um novo perfil ocupacional/profissional, de suas competências, limites e possibilidades de atuação, suas necessidades, ou seja, a condição de constituição da identidade ocupacional-social do agente comunitário de saúde atuante no Projeto Qualis. Alguns elementos apareceram como importantes para a definição desse perfil e sua identidade e passam a ser enunciados.

Em primeiro lugar, o agente comunitário de saúde atuante em grandes centros não era, a princípio, um profissional em sentido estrito, pois não dispunha de um saber específico ou auferido por instituição reconhecida que orientasse o seu desempenho. Assim, seu exercício profissional mostrou-se fortemente condicionado pelo contexto em que se realizava o trabalho. Ele se percebia e era percebido como conhecedor da população, organizador do acesso ao serviço de saúde, vigilante de riscos e controlador da aderência aos cuidados de saúde propostos pelo médico e enfermeiro, mas pouco se identificava com as ações de educação em saúde, por exemplo.

A capacitação proposta para o agente comunitário de saúde reforçava a atividade assistencial, apesar de estar constantemente confrontado com situações de desigualdade social e ausência de direitos, para as quais a área de saúde não tem um saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência. Nestes casos, seu desempenho não dependia da apropriação do saber dos demais membros da equipe, e sim do senso comum, de Deus e até mesmo dos recursos das famílias e da comunidade.

Em decorrência da ausência de uma área de conhecimento específico, qual a condição de autonomia do agente comunitário de saúde em face ao processo de trabalho? Que poder ele poderia firmar na divisão do trabalho, que técnicas ele dispunha para intervenções próprias ao seu desempenho? Ou ficava ele restringido a executar tarefas segundo um conjunto de normas e regras profissionais administrativamente definidas?

Em segundo lugar, toda a ocupação que pretenda se tornar uma profissão deveria buscar uma base técnica para fazê-lo. O estudo mostra que os agentes comunitários de saúde almejavam uma profissionalização, bem como a regulamentação de seu exercício profissional, que seria o efetivo reconhecimento institucional e social de sua atividade. Os agentes comunitários de saúde apontaram como elementos motivadores para o trabalho, a remuneração, a dedicação de tempo integral, a possibilidade de aprendizado e profissionalização no campo da enfermagem. Contudo, ainda resta conhecer qual saber o agente comunitário de saúde precisaria dominar para fazer o que dele se esperava no PSE.

Se, de fato, esperava-se dele o papel de um agente transformador, conferindo a seu trabalho certa complexidade, por fazer uma síntese entre a dimensão

social e humanitária, através do saber prático, e a dimensão de atenção à saúde, através de procedimentos simples em saúde, implícita em suas atribuições, tal efeito resultaria em sua forte identificação institucional. Se, por outro lado, nada se exigia de específico à sua atuação, além de suas vivências pessoais, ele estaria mais próximo da identificação como um típico agente comunitário. O que se observou empiricamente, foi certo conflito entre essas funções, refletindo-se em certa ambivalência do agente comunitário de saúde, que forma um grupo próprio e se diferencia tanto da equipe de saúde quanto da população.

Em terceiro lugar, essa característica também se refletiu na forma como o agente comunitário de saúde era percebido pelos dois grupos a que se referia – a comunidade e a equipe de saúde. Tanto a comunidade quanto a equipe de saúde, a que se integrava, o aceitava ou rejeitava na medida em que se definia clara ou ambigualmente qual o seu papel. Neste sentido, o estudo contribuiu para estabelecer a situação dos agentes comunitários de saúde, sua participação no projeto assistencial, que articulava a percepção das necessidades de saúde da comunidade com a formulação das soluções assistenciais de recuperação ou promoção da saúde, realizado em conjunto com a equipe.

Finalmente, o estudo evidenciou que a proposta do PSF ainda não amadureceu suficientemente as questões referentes à organização do trabalho na unidade e ao estabelecimento de uma lógica de trabalho em equipe que facilitasse a integração do conjunto dos profissionais.

Contudo, ao desvendar as motivações do agente comunitário de saúde para compartilhar de projetos e soluções para a comunidade, suas habilidades e competências adquiridas e por adquirir para responder à necessidade de produzir assistência na vida comunitária e de interagir com profissionais de saúde e de outros setores sociais, apontou para a associação positiva entre a estratégia da saúde da família e as modalidades assistenciais, que tem como princípio a vigilância e a promoção à saúde. Os agentes comunitários de saúde por meio de apoio social e de ações intersetoriais garantiram sua forte identificação com a comunidade e com um perfil social de forte solidariedade, constituindo-se um trabalhador singular em saúde.

Maria Helena Magalhães de Mendonça
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

NOVAS TECNOLOGIAS REPRODUTIVAS CONCEPTIVAS: QUESTÕES E DESAFIOS. Miriam Grossi, Roseli Porto & Marlene Tamanini (org.). Brasília: Letras Livres, 2003. 196 pp.

ISBN: 85-98070-01-7

A temática da tecnologia reprodutiva conceptiva desperta a atenção de disciplinas variadas. Essa preocupação ganha destaque ao se considerar a inter-relação desse conjunto de técnicas com a biotecnologia moderna e seu potencial de transformação da vida futura da humanidade. Estudos sobre reprodução humana mostram que transformações de impacto já ocorreram – os limites da concepção humana e as relações de parentesco foram redesenhados com o advento das técnicas de reprodução humana assistida.