

O agente comunitário de Saúde Pública: a proposta de Manguinhos

*Karen Giffin
Tizuko Shiraiwa*

O artigo descreve a implantação de um trabalho de atenção primária à saúde em favelas do Rio de Janeiro. Agentes de saúde das comunidades atendidas, cada uma responsável por uma população de aproximadamente 2000 pessoas, trabalham dentro de um modelo operacional que inclui visitas domiciliares contínuas às famílias e trabalho em grupos de mulheres e de gestantes. As ações básicas desenvolvidas neste período inicial representam uma extensão de cobertura do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança.

A segunda parte do artigo discute alguns pontos polêmicos relacionados com a conceituação deste modelo de atuação, que promove tanto uma melhoria no estado de saúde como o desenvolvimento social.

INTRODUÇÃO

A UTGSF, unidade de treinamento e prestação de serviços da Escola Nacional de Saúde Pública, implantou em junho de 1986 um projeto de saúde comunitária que é baseado na figura da agente comunitária: moradoras das favelas atendidas que são capacitadas, supervisionadas e remuneradas para prestar serviços às suas comunidades. No momento em que a efetivação da Reforma Sanitária exige uma definição de novos modelos na prestação de serviços e na formação de recursos humanos, acreditamos ser de grande importância a análise de experiências como esta, que traçaram os seus caminhos através da ação concreta, junto à população atendida.

O relato que segue é organizado em duas partes. Na primeira, uma descrição detalhada do processo de implantação permite aos interessados uma apreensão e crítica da metodologia utilizada para construir o papel destas agentes de saúde, junto com elas próprias, a partir da realidade de suas comunidades. Na segunda parte, um enfoque mais conceitual aborda algumas das questões que têm sido colocadas com mais frequência nas discussões deste modelo operacional inovador.

A opção pela discussão metodológica é, não obstante, consequência de uma posição teórica com respei-

to ao papel do agente de saúde no sistema de saúde: a de que *este papel deve ser construído a partir de cada realidade específica*.

Lembramos que a Atenção Primária à Saúde (APS), como estratégia de extensão de cobertura e o agente de saúde como ator nesta estratégia são estritamente relacionados na Declaração de Alma Ata, que explicita:

“As modalidades de agente de saúde variarão de um país e de uma comunidade para outra de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis...” (Alma Ata, 1979:50).

Dentro da necessária variação de modalidades e de tarefas que inclui ações de promoção, prevenção, cura, e reabilitação, uma função é constante:

“Já que grande parte de seu tempo será dedicada à educação, devem também estar adequadamente preparadas para este tipo de atividade.” (Alma Ata, 1979:51).

Embora o termo genérico “agente de saúde” chegue a ser usado na Declaração de Alma Ata como equivalente a “recursos humanos para atenção primária” e a incluir médicos e enfermeiros, o destaque na discussão dos atores é dado ao agente de saúde *da comunidade* que atua na ponta da extensão de cobertura:

“Ao nível inicial de contato entre os indivíduos e o sistema de serviços de saúde, os cuidados primários são proporcionados por agentes de saúde da comunidade trabalhando e.n equipe.” (Alma Ata, 1979: p.50).

Outros autores falam de “pessoal para profissional” como “linha de frente” na extensão de cobertura (Elliott, 1984:37); “força de trabalho básico” ... “composta de agentes de saúde comunitária, de origem local e formação modesta” (Werner, 1984:158); “pessoal treinado não-universitário” ... “de grande importância na pirâmide de cuidados primários em saúde porque é o contato inicial e continuado, entre população e o sistema” (Chaves, 1982:59); o trabalhador de saúde da comunidade “es más bien el punto central de la provisión de APS en el plano de la comunidad” (Afosu-Amaah, 1984:vii).

O Encontro Nacional Sobre Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde em 1980 resgatou a abrangência da Declaração de Alma Ata e afirmou que o conceito de recursos humanos para a saúde inclui: pessoal institucional; pessoas da comunidade que realizam ações de saúde (subsistema informal); e “a comunidade mesma, na medida em que utiliza práticas de autocuidados, decide sobre suas questões de saúde, e desenvolve ações sobre o ambiente” (M. S., 1980:14).

Outras tentativas de organizar a “pirâmide de aptidões” desde os autocuidados até os cuidados prestados por profissionais universitários recorrem a critérios de classificação que combinam origem (vêm da comunidade ou de fora) e treinamento formal (ver Werner, 1984:158 e Chaves, 1982:44 e 56 a 60). Chaves esclarece que o número de tipos ou níveis justificaria o termo “espectro” e, ainda, que atores de um nível podem “servir como que de reservatório para recrutamento” dos outros níveis (Chaves, 1982:59).

Assim como Alma Ata recomenda que os demais níveis do sistema de saúde devem convergir para os cuidados primários, “apoiando-os e possibilitando a prestação de serviços essenciais em bases contínuas” (Alma Ata, 1979:44), o papel do resto da equipe de APS é modificado para incluir a capacitação, apoio, e supervisão dos agentes de saúde da comunidade:

“...o agente de saúde da comunidade deve poder recorrer à ajuda de profissionais treinados. As categorias deste tipo de pessoal utilizado nos diferentes níveis do sistema de saúde variarão...” (Alma Ata, 1979:52).

Em 1984, análise de experiências realizadas com “trabajadores de salud de la comunidad” em 46 países conclui que, sem a reorientação de todo pessoal da saúde, a APS corre o risco de ser um sistema paralelo ou “parente pobre” do sistema existente (Ofosu-Amaah, 1984:41; ver também UNICEF/OMS, 1980:3). Afirma, em termos bastante claros:

“La presencia del trabajador de salud de la comunidad no reduce sino aumenta las distintas cargas que gravitan sobre el sistema de salud...” (Ofosu-Amaah, 1984:vii).

Antes de concluir que, visto deste ângulo, os agentes de saúde da comunidade vieram para sobrecarregar os demais níveis, lembramos que embora a extensão de cobertura realmente implica que um aumento de trabalho realizado pelos serviços como um todo, a nova divisão de trabalho, entre uma equipe aumentada, tem na linha de frente um agente local “racionalizador da demanda”. Com um papel na atenção a uma parte das necessidades de saúde locais, e com uma função educativa que possibilita tanto um autocuidado mais informado como uma melhor utilização dos serviços existentes, contribui para a melhoria da saúde e para o desenvolvimento social.

Com toda a variação existente nas situações locais, a apreensão teórica do papel do agente de saúde da comunidade no sistema de saúde é necessariamente abstrata e por isso mesmo limitada:

“El concepto de trabajador de salud de la comunidad es de engañosa sencillez: se trata de un individuo que pertenece a la comunidad y que se ha capacitado para funcionar en medio de esta, en estrecha relación con el sistema de atención de salud”. (Ofosu-Amaah, 1984:vii).

O relato que segue mostra uma tentativa de traduzir este conceito em realidade e, a partir da experiência, apontar outros elementos conceituais que podem, eventualmente, ser incorporados na construção de teoria da ação, ou metodologia, e permitir um avanço operacional.

A EXPERIÊNCIA

História da relação Unidade/Comunidade

A área de implantação inclui um conjunto de 5 favelas de Mangueiros, localizadas próximo à FIOCRUZ, que contém uma população total de aproximadamente 20.000 habitantes. Como é típico das favelas do Rio, estas áreas, densamente ocupadas, carecem de serviços públicos e infra-estrutura adequados, que as caracteriza como sendo de alto risco sanitário.

Os esforços dos moradores em promover melhorias é refletido na pavimentação de algumas vias de acesso, construção de pequenas pontes, sistemas de drenagem rudimentares, canalizações de água, etc... Cada área conta com uma Associação de Moradores que, com intensidade variada, lidera a tentativa de atrair a atenção dos órgãos públicos para as necessidades das suas comunidades.

A UTGSF, desde 1980, vinha reorganizando e ampliando os serviços básicos prestados a esta população, a partir de uma prioridade dada ao segmento materno-infantil. Algumas Associações de Moradores reivindicaram consultas médicas e odontológicas dentro da comunidade e parte da equipe de enfermagem começou a trabalhar numa sala cedida por uma igreja.

Em 1982, um grupo de jovens ligados à Campanha da Fraternidade, e que vinha se reunindo para discussões sobre questões de saúde, procurou a UTGSF, solicitando treinamento que os capacitaria para uma ação concreta junto às suas comunidades. Um programa de treinamento foi elaborado e executado e aos poucos, estes voluntários assumiram as ações descentralizadas e abriram nova frente numa das Associações de Moradores, referindo para a UTGSF aqueles casos que necessitavam de assistência médica.

Apesar do interesse de ambas as partes (comunidade e unidade) em construir uma nova forma de relação que contribuísse para a melhoria da situação de

saúde desta população, um fator importante agia contra: a necessidade dos moradores voluntários de buscar atividades remuneradas que ajudassem a sua sobrevivência e a de suas famílias, ou de se dedicar à formação escolar. Apesar de treinamentos repetidos, a consolidação do trabalho foi impossibilitada pela saída contínua das pessoas treinadas. Após um período de 3 anos, ficou claro que os retornos não compensavam o investimento e que havia necessidade de buscar outros caminhos para a atuação conjunta.

A relação com as Associações de Moradores e a UTGSF continuou a desenvolver-se no âmbito de um movimento pela dragagem dos rios que cortam estas áreas. Em 1984, a partir do convênio das Ações Integradas de Saúde, a prefeitura criou o GEL (Grupo Executivo Local) da AP3.1 (área que inclui as Regiões Administrativas de Ramos, Penha e Ilha do Governador, abrangendo uma população de 800.000 habitantes). O GEL passou a reunir, mensalmente, os diretores dos serviços de saúde e representantes comunitários, e organizou várias atividades, incluindo o gerenciamento do PSA e os Encontros Populares de Saúde que passaram a ser anuais.

Implantação da Proposta

No final de 1985, foram iniciados contatos com o UNICEF, objetivando apoio para retomar o trabalho com agentes comunitários de saúde, agora em regime de trabalho de 40 horas semanais, com remuneração. O convênio assinado apontou recursos para o pagamento de bolsas para as agentes de saúde, durante 9 meses, e colaboração técnica do UNICEF e da FLACSO na implantação do trabalho. No período seguinte, contamos com apoio da Fundação W.K.Kellogg através do Programa de Apoio à Reforma Sanitária — PARES/ENSP. Atualmente as agentes são pagas com recursos da UTGSF.

A proposta implantada tem por base as seguintes constatações:

- Mesmo em populações urbanas com acesso físico a serviços de saúde, a cobertura de programas (inclusive os programas prioritários de atenção materno-infantil) é baixa. Os Postos e Centros de Saúde funcionam a partir de uma demanda espontânea, que muitas vezes exclui as famílias mais necessitadas e que impossibilita o acompanhamento regular da clientela;

- Muitos problemas de saúde da população infantil são conseqüências de falta de saneamento e moradia inadequada, e agravados por deficiências nutricionais. Ações preventivas e educativas são necessárias para evitar que problemas relativamente simples se repitam e agravem, prejudicando a sobrevivência e desenvolvimento da população infantil;

— As mães das favelas são as agentes de saúde primordiais, que têm a responsabilidade socialmente atribuída de cuidar dos membros da família ou de buscar o atendimento médico. Ao mesmo tempo, estas mulheres sofrem de uma grande falta de informações tanto sobre o corpo e a proteção da saúde como sobre ações específicas de prevenção e tratamento simples de problemas de saúde;

— A incidência de problemas ginecológicos como as doenças sexualmente transmissíveis, transtornos menstruais, câncer ginecológico, e problemas decorrentes do aborto ou uso inadequado de contraceptivos, apontam áreas necessitadas de urgente atenção no cuidado da saúde da mulher que refletem, inclusive, na mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer, e no estado de saúde da infância.

Em vista destes fatos, seria necessário desenvolver um agente de saúde que buscasse ativamente o contato com a população a ser atendida, e acompanhasse regularmente a clientela prioritária, sendo capacitado para promover ações preventivas, realizar algumas medidas curativas simples, e identificar precocemente os problemas mais graves.

Experiências anteriores demonstram que, nas condições existentes nas favelas do Rio, um agente de saúde que mora na área atendida é capaz de dar 100% de cobertura às crianças de 0—5 anos e gestantes numa população de 2.000 pessoas, através de visitas domiciliares regulares a cada 2 meses, sendo possível ainda desenvolver atividades com grupos de mulheres e de gestantes.

Neste caso, a importância da agente de saúde ser moradora da área deriva não só da necessidade de presença intensa na favela mas também pela metodologia proposta na prática educativa. Tanto no nível da capacitação de agentes de saúde como na sua atuação com a clientela, a discussão da vivência própria é a base do processo educativo transformador. Por esta razão, igualmente, argumenta-se que as agentes de saúde que atuam nesta linha devem ser mulheres, e de preferência mães, que têm a experiência vivida de criação de filhos nas condições em que a clientela se encontra.

Neste modelo de atuação, as ações básicas das agentes comunitárias são:

- a) *crianças de 0—5 anos* (na visita domiciliar)
- . acompanhamento bimensal do peso, com pesagem no domicílio;
 - . identificação e encaminhamento de casos suspeitos de desnutrição;
 - . controle do estado de imunização;
 - . orientação para o aleitamento;
 - . orientação para o tratamento de diarreias com TRO;

identificação, orientação e/ou encaminhamento de problemas comuns, tais como infecções respiratórias, doenças de pele, verminose, catapora, febre, piolho, coqueluche e sarampo.

- b) *gestantes e puérperas* (em visitas domiciliares)
- . orientação e troca de experiência quanto a:
 - importância do pré-natal
 - os problemas mais simples da gestação (vômitos, varizes, prisão de ventre etc.);
 - o aleitamento.
- c) *gestantes e puérperas* (em grupos de preparação para o parto)
- . orientação e troca de experiência quanto a:
 - b) acima;
 - o processo da gestação, do parto, e do pós-parto;
 - . acompanhamento mensal com tomada de pressão arterial e acompanhamento do peso, medida do fundo do útero, do perímetro abdominal, e do batimento cardíaco fetal;
 - . exercícios de preparação para o parto;
 - . orientação quanto aos cuidados de higiene específicos no pós-parto;
 - . curativos simples em suturas do parto cesariano ou normal.
- d) *mulheres* (em grupos de reflexão)
- . Orientação e troca de experiência quanto a:
 - funcionamento dos aparelhos reprodutivos masculino e feminino;
 - doenças mais comuns das mulheres;
 - doenças sexualmente transmissíveis;
 - métodos contraceptivos;
 - auto-exame de mamas;
 - exame preventivo;
 - sexualidade;
 - . Pesagem e tomada de pressão arterial.

Para iniciar o processo de implantação, reuniões foram realizadas com as Associações de Moradores, onde foram colocados e discutidos a proposta do trabalho e os critérios estabelecidos para a incorporação das agentes: ser mulher, de preferência mãe; ser moradora da área; ter pelo menos 21 anos; ter o 1º grau completo; e ter disponibilidade para 40 horas de trabalho semanais. A divulgação e identificação de candidatos foi assumida basicamente pelas Associações de Moradores complementado por contatos com as mulheres que participaram do Programa de Suplementação Alimentar (nestas áreas gerenciado pelas Associações de Moradores).

As candidatas que se apresentaram e que preencheram os critérios passaram por um processo de sele-

ção que incluiu uma entrevista coletiva, uma prova de português e matemática e uma entrevista individual.

Capacitação

Embora no caso deste projeto a Unidade responsável já tenha uma história de trabalho na área de atuação, com relações estabelecidas com as Associações de Moradores e outros grupos, e estudos prévios que aportam informações sobre vários aspectos das comunidades, foi considerado importante realizar um diagnóstico junto às agentes, como passo inicial da sua capacitação. Como fechamento deste processo, foi elaborada uma conceitualização abrangente da saúde, que incorpora emprego, habitação, saneamento, lazer, etc. Iniciou-se, nesta etapa, a discussão sobre o papel do agente de saúde nestas comunidades.

O próximo passo foi a elaboração de um quadro de saúde da criança a partir dos temas:

- . de que adoecemos?
- . por que adoecemos?
- . possíveis soluções.

Nas discussões das possíveis soluções, avançou-se na identificação de possíveis áreas de trabalho para as agentes.

Embora fosse estabelecido que a capacitação para a atenção à criança seria o próximo passo, houve um momento prévio de sensibilização pelo "mundo da mulher", em preparação para a etapa posterior, dentro da ótica de que mesmo o trabalho para melhorar a saúde da criança passaria, fundamentalmente, pela relação com a mãe ou outra mulher responsável.

Foi elaborada uma ficha familiar que seria um instrumento básico de acompanhamento das crianças entre 0-5 anos e da supervisão das visitas domiciliares. Após o treinamento para preenchimento desta ficha e uma avaliação da capacitação, as agentes começaram o trabalho de campo sistemático, visitando todas as famílias e cadastrando aquelas que tinham gestantes ou crianças entre 0-5 anos.

Enquanto as visitas prosseguiam na parte da manhã, começou a abordagem da saúde da mulher na parte da tarde. Um segundo diagnóstico foi realizado, baseado na visão das agentes da situação de saúde das mulheres. Os temas

- . de que adoecemos?
- . por que adoecemos?
- . possíveis soluções

serviram, mais uma vez, para identificar áreas de trabalho possíveis para as agentes.

Desde que a proposta de trabalho na área da saúde da mulher previa a formação e orientação de grupos de mulheres e gestantes, a capacitação incluiu técnicos

e métodos para desenvolver a prática educativa em grupos (dramatização, desenhos coletivos, colagem, massa de modelagem etc.). Estas técnicas visam a promover a participação ativa dos membros dos grupos, facilitando a recuperação e coletivização de experiências individuais na área da saúde/sexualidade/reprodução.

A partir do diagnóstico de saúde da mulher, a equipe de agentes e técnicos desenvolveu um questionário que abordou os temas de trabalho remunerado, condições de moradia e saneamento, e experiências de reprodução (gravidez, parto, aborto, e uso de contraceptivos).

A confecção e aplicação do questionário a 150 mulheres serviu para aprofundar a discussão na equipe de trabalho e para mobilizar as respondentes para participar nos grupos, que foram iniciados em junho, 1987, sob a coordenação conjunta de agentes e técnicos.

A visita domiciliar

O cadastramento resultou na identificação de 1446 famílias que tinham crianças entre 0-5 anos ou gestantes, que compõem o universo das famílias prioritárias para serem visitadas regularmente. Cada agente ficou responsável por uma média de 180 famílias, ou 232 crianças que representa 100% desta categoria numa área de aproximadamente 2.500 habitantes.

Estados de morbidade nas 1446 famílias visitadas durante o primeiro período de aproximadamente 4 meses (membros de 0-5 anos) foram: IRA - algum caso em 31% das famílias; verminose - algum caso em 31% das famílias; problemas de pele - 17% das famílias; diarreia - 5,5% das famílias. A percentagem de crianças de 0-5 imunizadas ou com a imunização em dia foi de 80%.

A supervisão das visitas é feita semanalmente, na base da ficha familiar, que permite à equipe uma discussão de cada caso. Embora a equipe de supervisão tenha sido composta de membros da UTGSF (1 enfermeira, 1 assistente social/sanitarista, 1 psicóloga/sanitarista) mais uma antropóloga da FLACSO, todos os técnicos dedicaram parte do seu tempo a outras atividades. A supervisão regular e intensa é imprescindível à proposta, mas ficou constatado que um conjunto de 5 agentes mais 1 supervisor, todos de 40 horas, é suficiente para atender uma população de 10.000 pessoas, dentro deste modelo de trabalho.

Avaliação Geral

Uma avaliação geral do trabalho foi realizada em março, 1987, tendo como instrumento básico um questionário respondido pelas agentes individualmente.

Análise e discussão do conjunto de respostas serviu para identificar áreas de reciclagem, melhorar o esquema de supervisão, e apontar caminhos futuros.

Na discussão da participação da comunidade, a heterogeneidade na postura geral das Associações de Moradores foi apontada como uma dificuldade em traçar uma linha de ação comum às várias áreas atendidas. Contato regular entre a UTGSF e as Associações de Moradores é mantido através de reuniões mensais que têm o objetivo principal de acompanhar o andamento do PSA. Em setembro de 1986 a UTGSF/ENSP promoveu dois encontros com os moradores de Manguinhos (Saúde da Criança e Saúde e Direitos da Mulher), nas quais as agentes de saúde participaram ativamente, apresentando os diagnósticos de saúde que elas realizaram durante o treinamento, fora a atuação nos grupos de discussão e plenárias. As agentes participaram do planejamento e realização do III Encontro Popular de Saúde da AP3.1 junto com técnicos da rede pública, Associações de Moradores, e outras agentes de saúde desta região.

O trabalho atualmente em andamento reflete uma prioridade dada à população de 0-5 anos, gestantes e mulheres, e representa uma extensão de cobertura das ações básicas preconizadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC/MS). Ações futuras já planejadas incluem grupos de reflexão com mulheres não-grávidas, o desenvolvimento de uma ficha de acompanhamento das gestantes, e controle da hipertensão arterial de adultos na visita domiciliar. Esta última ação foi incorporada a partir da avaliação geral, quando o conjunto de agentes revelaram que esta é uma demanda freqüente nas visitas domiciliares e que poderia ser atendida, na opinião delas e da equipe técnica.

A incorporação desta demanda representa um passo adiante no desenvolvimento da proposta que, a partir de uma clara definição de ações básicas e clientela prioritária, deveria ampliar para um atendimento cada vez mais integral às necessidades da população, dentro das possibilidades do conjunto de técnicos (em capacitação e supervisão) e agentes (na execução). Uma outra demanda identificada, por remédios e injeções, foi adiada por falta de condições adequadas à sua incorporação e ao seu controle.

Dentro desta ótica, está previsto o estabelecimento, dentro das favelas, de espaços físicos próprios para o trabalho das agentes, incluindo os grupos de gestantes e mulheres, e ações curativas simples. Este espaço garantirá a supervisão *in loco* e um apoio técnico maior ao trabalho de visita domiciliar das agentes, no caso de famílias que apresentam quadros de risco mais sérios, ou na execução das ações curativas.

CONCEITUALIZAÇÃO DO MODELO OPERACIONAL: ALGUMAS QUESTÕES POLÊMICAS

No nível do conceito mais amplo do agente de saúde talvez haja consenso no sentido de caracterizar o agente de saúde como canal de comunicação entre a população e os serviços de saúde. Se abrirem as questões sobre forma de seleção, afiliação institucional, funções básicas ou modelo de atuação, porém as variações existentes se impõem e a falta de consenso rapidamente se revela.

Embora a variação nas modalidades de agente de saúde seja, teoricamente, função de variação nas necessidades de saúde e nos recursos disponíveis em cada local, Werner argumenta que, de fato, a diversidade existente depende mais das atitudes preconcebidas dos planejadores, consultores e instrutores de cada programa (Werner, 1981:57). Neste espírito, apresentamos a discussão do modelo operacional a partir das questões que mais freqüentemente têm sido foco de debate.

a) Serviços para pobres

Uma das questões que tem sido colocada na discussão desta proposta é a caracterização dela como "serviços para pobres", por ser muito diferenciado dos serviços regulares.

Esta colocação é superável na medida em que se reconhece que a organização atual dos serviços de saúde é inadequada às necessidades da população e que, portanto, experiências com novas alternativas de organização são necessárias. A localização destas experiências em áreas pobres é justificada na medida em que se aceita a canalização de esforços técnicos para atender as parcelas de baixa renda. Epidemiologicamente, os padrões diferenciados de morbi-mortalidade e da situação sanitária destas populações justificariam tanto a busca de melhores soluções como uma diferenciação na resposta proposta pelos serviços. No caso desta proposta, o serviço dado pelo agente de saúde é adicional aos serviços internos, e não substituto destes.

Ainda vale a pena observar que, em função da baixa prioridade dada à rede básica de saúde pública durante anos no Brasil, a população "não-pobre" evita, quando possível, o uso desta. Esta evasão significa que uma grande parte da rede pública existente representa, de fato, "serviços para pobres".

A qualidade da atenção dada pela agente de saúde, por outro lado, é uma questão que só pode ser respondida a partir de casos concretos e evidentemente reflete a qualidade da capacitação, supervisão, motiva-

ção, apoio material e, principalmente, o apoio político à proposta, que favorece ou dificulta todas as outras condições.

b) A questão da responsabilidade pública

Na medida em que os agentes de saúde são moradores das favelas, estas propostas têm sido criticadas como uma forma de “passar a responsabilidade” pela saúde às comunidades, em vez de reconhecer a saúde como dever do Estado. Esta crítica talvez seja mais pertinente nos casos em que o agente de saúde trabalha voluntariamente, sem o apoio efetivo do setor de saúde, embora o trabalho voluntário seja uma forma de atuação política das próprias organizações comunitárias, e uma estratégia para pressionar o setor de saúde. Lembramos que as Associações de Moradores de Mangueiros propuseram, na etapa anterior, a capacitação e atuação voluntária de membros da comunidade em ações de saúde.

Na proposta atual, o trabalho da agente, remunerado, representa um braço comunitário do serviço público existente, sendo parte integral do mesmo.

c) Duplicação de ações

Outras críticas argumentam que as ações das agentes são uma duplicação dos serviços da rede e, portanto, desnecessárias. Mesmo quando as ações são aparentemente as mesmas, a cobertura alcançada na visita domiciliar, comparada com a cobertura dos serviços internos, mostra a realidade de uma *extensão* e não de uma *duplicação* de ações, na maior parte dos casos.

Nos casos em que haja efetivamente uma duplicação de ações (o mesmo cliente atendido pelos serviços internos e pela agente de saúde), na medida em que a agente tem um papel predominante na prevenção/educação, isto representaria ao mínimo um reforço no apoio às mães, uma chance a mais a esclarecer dúvidas, etc. num processo que visa, entre outras coisas, a democratização do saber médico através do agente de saúde.

d) A prática educativa: dominadora ou transformadora?

A natureza em função do processo educativo talvez seja uma das questões mais debatidas no âmbito de projetos comunitários em geral (ver, por exemplo, Valla: 1986, onde programas públicos de vários setores são discutidos sobre a ótica da educação). Alguns autores preocupados com a análise de práticas educativas

em saúde na promoção de uma transformação social têm concluído que:

“...a preocupação prévia ... em alcançar objetivos por ele considerados adequados à melhoria de saúde da população interfere concretamente no seu desempenho como educador que muitas vezes se resume a convencer a população de forma habilidosa, do que ela precisa fazer” (Carvalho, mimeo: sem data).

Esta prática, que gera participação passiva dos tipos “consumo” ou “escolar” é vista como prática de educação dominadora:

“Embora se possa argumentar que essas medidas acabam por beneficiar a comunidade, os seus efeitos como mecanismos ideológicos de controle são bastante evidentes.” (Noronha e Travassos, 1981:18).

Nas tentativas de evitar a educação “dominadora” e promover uma educação “transformadora”, podemos situar a proposta de Manguinhos em quatro aspectos:

1) A agente comunitária, sendo parte de um serviço público, participa da provisão de benefícios imediatos à população atendida, seja de forma individual, seja em trabalho em grupos. Estes benefícios, incluindo informações sobre como melhorar a situação de saúde, em casos individuais, são a base da legitimidade da agente de saúde;

2) A agente comunitária, como membro da própria comunidade de baixa renda, e na medida em que sua capacitação é exitosa, já representa um primeiro momento de “democratização do saber médico”;

3) A prática educativa utiliza a metodologia da discussão da vivência própria (incluindo os problemas de saúde) que facilita a participação ativa tanto no processo educativo como no cuidado da saúde, e promove a autoconfiança das mulheres atingidas (agentes e clientes);

4) Partindo da vivência própria como conteúdo básico, particularmente no contexto grupal, a natureza coletiva do fenômeno saúde e seus condicionantes político-sociais ficam mais transparentes e relevantes. Esta transparência, junto com a prática da ativa participação em grupos de discussão, são elementos que favorecem o desenvolvimento de pessoas aptas a participar em movimentos comunitários mais abrangentes.

e) O perfil do agente de saúde

Outro ponto relacionado que gera polêmica é a questão do perfil de atuação ou função básica do agente de saúde. Neste particular, é talvez útil imaginar dois tipos ideais que servem para nortear a discussão e organizar uma realidade muito mais complexa e ainda não mapeada.

O primeiro tipo é um agente de saúde que é visto como um promotor da conscientização, mobilização, e organização da comunidade. Assemelha-se ao papel dos membros das Associações de Moradores, embora estas tenham também outras funções. Suponha-se que este agente deveria receber alguma capacitação para melhor discutir a relação entre os fatores político-sociais mais abrangentes e a saúde (ou falta de saúde), e que a medida de êxito do trabalho dele seria um maior grau de organização e conseqüente reivindicação de melhorias. Trabalha principalmente em grupos de discussão, dentro da comunidade, a partir de objetivos definidos "pela comunidade".

O segundo tipo, em contraste, é um agente de saúde que assume as funções realizadas por várias categorias de profissionais de saúde (curativos, injeções, preparo, vacina, parto etc.) na ausência destes, ou quando há falta de quadros. A medida do êxito do trabalho dele seria os atendimentos realizados e seu efeito eventual sobre os padrões de morbi-mortalidade. Trabalha dentro de um espaço físico construído, principalmente em atendimento individual, a partir de objetivos definidos pela instituição patrocinadora.

A proposta implantada em Manguinhos, evidentemente, não se situa em nenhum destes dois pontos, e considera que tanto as ações técnicas como a promoção de maior "consciência comunitária" são inseparáveis num processo de transformação que é apoiado pelo setor de saúde pública.

É importante frisar aqui que o fato de ser uma proposta situada dentro de um *serviço público* define, a nosso ver, oportunidades e limites específicos. O uso destes recursos públicos tanto imprime o dever de contribuir à melhoria da situação de saúde em primeiro lugar, como facilita o apoio dos serviços regulares, fator essencial ao êxito do trabalho do agente de saúde (a referência de casos necessitados de outros níveis de atenção é uma barreira clássica que tem dificultado o êxito de propostas "autônomas" ou situadas em outras esferas institucionais).

É claro que a obtenção de melhorias nos padrões de morbi-mortalidade depende também de algum grau a mais de informação, consciência, e ação por parte dos beneficiários, justificando o esforço de democratização do saber médico. Este nível de consciência,

porém, pode se restringir à atenção às questões individuais.

Entendemos que a questão crucial do papel do agente de saúde na "conscientização", embora parta metodologicamente das questões individuais, e tenha por base a "democratização do saber médico", avança para um atendimento da natureza coletiva dos processos de saúde e doença e da ação coletiva possível.

O trabalho com a equipe de agentes comunitários e sua multiplicação nos grupos de mulheres e gestantes revela que, nestas populações urbanas, a percepção da relação entre a falta de saneamento básico (por exemplo) e problemas de saúde em geral existem, assim como a percepção de que o governo deveria proporcionar estes serviços. O que falta à grande maioria das mulheres é alguma experiência no nível de grupos que demonstra que as questões próprias delas, inclusive alguns dos assuntos mais íntimos da área da sexualidade/reprodução, são também coletivas e legítimas, e que elas têm a potencialidade de serem atores no cenário político.

Na ocasião de uma visita ao projeto, foi perguntado às agentes de saúde o que elas tinham aprendido neste processo. Entre muitos exemplos de aprendizagem "técnica", uma agente respondeu que ela aprendeu que "a mulher tem direitos". Este exemplo sugere que a discussão de assuntos específicos da mulher, além de equipá-la para proteger sua própria saúde e a dos seus filhos, facilita a percepção de que ela tem direitos e a capacidade de discutir e defendê-los.

Embora a demanda por espaços de aprendizagem da mulher não seja ainda, normalmente, incluída nas pautas de reivindicações das Associações de Moradores, mulheres ativas das favelas vêm reivindicando estes espaços no Rio, pelo menos desde o Primeiro Encontro de Mulheres Faveladas, em 1983, e têm apoiado a implantação do PAISM em inúmeros encontros de todos os níveis. Resta a pergunta: na questão da saúde e direitos da mulher, qual é a "comunidade" que a representa? São as Associações de Moradores ou as manifestações de mulheres?

É evidente que a disponibilidade das mulheres de baixa renda para participar em atividades comunitárias é limitada pela luta diária pela sobrevivência e, quando não trabalham fora, pelas pressões sociais ainda existentes de se dedicarem exclusivamente aos filhos e à casa. Dar um primeiro passo nesta situação não é fácil. Não obstante, existe a questão da motivação que pode ser ampliada quando os espaços são acessíveis, os assuntos relevantes, e a dinâmica do grupo estimulante.

É também evidente que espaços de aprendizagem deste tipo são raríssimos, e que não substituem as

organizações políticas e os espaços institucionais que permitem a participação política da comunidade organizada.

No nosso entender, não cabe ao setor público propor que o agente de saúde tenha, como parte da sua função remunerada, um papel definido como membro da organização comunitária, onde esta organização é essencialmente política e pretende ser representativa (o caso das Associações de Moradores). Embora o trabalho com grupos de mulheres seja um estímulo e uma preparação para atividades políticas, a decisão de conquistar este nível de atuação é considerada uma opção individual e voluntária de cada uma, como moradora daquela comunidade. Cabe, sim, ao setor de saúde como um todo, abrir espaços para a participação da comunidade organizada no planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde, através dos GEL, CLUS, etc.

f) Prevenção e cura

No que se refere à composição de atividades preventivas e curativas no perfil do agente de saúde, parece existir uma ênfase grande na prevenção no conjunto de experiências, embora nas áreas rurais onde o acesso aos serviços é mais restrito talvez tenha tido maior incorporação de atividades curativas.

Na proposta de Manguinhos, as ações básicas das agentes de saúde são educativas, com ênfase na prevenção. Pelo fato de serem moradoras da área atendida, que vivem os problemas e falam a linguagem do local, e que tenham contato regular com sua clientela, elas têm vantagens na promoção destas medidas que o profissional na rede não tem. Optamos por iniciar o trabalho na área preventiva, mas no nosso entender, o conceito de "democratização do saber médico" se refere ao direito de informação tanto preventiva como curativa.

David Werner, pioneiro no desenvolvimento de agentes de saúde nas áreas rurais da América Latina, aponta que a ênfase na prevenção muitas vezes funciona como desculpa para manter a medicina curativa nas mãos do profissional, mas esclarece:

"Quero frisar que quando digo "mais medicina curativa" não quero dizer "uso de mais remédios". A medicação excessiva, tanto pelos médicos como pelos camponeses, já é notória. Estou me referindo ao uso mais consciencioso, o que em muitos casos significa utilização muito mais limitada de remédios". (Werner, 1984:164).

Lembramos, ainda, que as condições sanitárias nas favelas favorecem a proliferação de doenças como sarna ou piolho que apresentam, várias vezes ao ano, surtos dos mesmos. Na ocasião dos surtos, não existem serviços suficientes para atendê-los, pois atingem nestes momentos grandes proporções. A população faz uso de medicamentos vendidos livremente nas farmácias ou no comércio local, ou de sobras obtidas de vizinhos, sem esclarecimentos no uso correto dos mesmos, indicações e contra-indicações, etc.. No caso de tratamento destas doenças as condutas corretas não variam e resumem-se em poucas regras básicas, compondo uma tarefa perfeitamente incorporável ao treinamento e supervisão de agentes de saúde.

A incorporação criteriosa de ações curativas desta natureza ao perfil do agente de saúde permite por outro lado, um uso mais adequado do tempo do médico que, treinado durante 6 anos ou mais no nível universitário, é imprescindível no tratamento dos casos mais complexos.

g) Seleção pela comunidade?

Talvez em função das experiências pioneiras com agentes de saúde terem sido desenvolvidas na sua maior parte em áreas rurais, ou ainda pela visão ideológica da importância das organizações comunitárias, é muitas vezes argumentado que o agente de saúde deve ser selecionado "pela Comunidade".

Esta posição subentende que, em princípio, "a comunidade" teria melhores condições de apontar pessoas que teriam as qualidades necessárias e que, novamente subentendido, defenderiam melhor os interesses daquele local.

Quando esta questão é contextualizada nas grandes favelas urbanas, aparece uma dificuldade óbvia de operacionalização desta posição, se imagina que todos os moradores devam selecionar os agentes de saúde.* Uma alternativa operacional nas áreas urbanas seria a seleção de agentes de saúde pela Associação de Moradores que convencionou representar a comunidade.

Pela ótica das necessidades básicas não-satisfeitas nas favelas ou ainda pela questão da posse da terra, os moradores seriam caracterizados como tendo fortes interesses em comum e "comunidade" conceitual se estabeleceria a partir disto. De fato, o surgimento das Associações de Moradores é intimamente relacionado com a luta por melhorias urbanas ou pela posse da terra. A própria existência desta estrutura sócio-política (A Associação), porém, significa a criação de uma hierarquia que cristaliza diferenças sociais (de direito e deveres pelo menos) dentro do conjunto de

* Mesmo nas áreas rurais, é provável que a "seleção pela comunidade" seja operacionalizada através de alguns moradores que tenham mais acesso às decisões, por razões não-explicitadas, a não ser que imaginemos uma absoluta homogeneidade social que em nenhum caso resistiria a uma investigação sociológica.

moradores e que, normalmente, venha a ser objeto de disputa por grupos locais. Dialeticamente, deste ponto de vista, a própria comunidade de interesses, no nível de sua expressão política, gera diferenciação social e até disputas políticas.

Independente da representatividade de uma dada Associação de Moradores (questão que o bom senso colocaria como altamente relevante em afirmar por quem os agentes de saúde devem ser selecionados), se a expressão política dos moradores (e suas disputas relacionadas) é considerada legítima, a seleção de agentes de saúde pela Associação de Moradores seria uma seleção também em função de critérios políticos que poderiam ser, ou não aceitáveis ao conjunto de moradores, e que poderiam ser, ou não, avalizados pela próxima diretoria que venha assumir.

Na medida em que o agente de saúde tenha um papel de serviço à sua comunidade, e não é somente um ator de “conscientização, mobilização e organização”, acreditamos que não se justifica abrir mão dos critérios não-políticos, que teriam que ser assumidos pela instituição patrocinadora da proposta, no processo de seleção.

Isto não implica que a Associação de Moradores deveria ser excluída do processo de seleção. Na proposta de Manguinhos, as Associações de Moradores têm identificado e encaminhado a maior parte das candidatas, conforme critérios estabelecidos e discutidos, para posterior seleção pela instituição. O processo de seleção entre estes candidatos, por outro lado, procura valorizar qualidades que indicam uma habilidade de trabalho em grupos, embora seja difícil uma avaliação objetiva de tais qualidades.

h) Objetivos definidos pela comunidade ou pela instituição? (a questão das necessidades sentidas e não-sentidas, do saber técnico e saber popular)

Apesar das complicações na definição de “comunidade” e representatividade já colocadas, a definição de objetivos pela comunidade é normalmente visto como essencial em reconhecer os direitos e conhecimentos dos moradores.

A reivindicação de saneamento para melhorar a situação de saúde demonstra o conhecimento popular generalizado nesta área essencial à prevenção de doenças, embora não revele o fato de que a diarreia infantil é tão comum nestas condições que muitas mães consideraram isto “normal”, não sabem que a simples diarreia repetida é uma ameaça séria à saúde infantil, e não sabem combatê-la.

Na medida em que o saber popular no cuidado da saúde enfrenta condições sanitárias e sociais antes

desconhecidas (menor acesso a recursos produtivos incluindo a terra, maior densidade de habitação em grandes grupos populacionais, maior contaminação do meio-ambiente, maior promoção de medicamentos industrializados) nem sua eficácia nem seu prestígio nem sua acessibilidade resistiu.

O combate às diarreias, infecções respiratórias, problemas de pele, verminoses, etc. é feito em grande medida através de medicamentos que, além de serem custosos, não resolvem nem o problema imediato. Aqui, nem o saber técnico nem o saber popular domina, mas sim o “saber farmacêutico” que favorece principalmente a si próprio.

O declínio do aleitamento materno, prática popular por excelência, foi durante anos reforçado pelo “saber técnico”, que atualmente está engajado na tentativa de resgatar a prática e reverter este quadro. Embora esta seja um exemplo vivo da força negativa do saber técnico, coloca uma questão interessante: atualmente, representa qual saber?

Na medida em que surgem esforços técnicos de recuperação da medicina popular, é possível que, num local específico, as soluções originalmente dadas pelo saber popular são conhecidas pelos técnicos e não pela população do local.

O uso de métodos contraceptivos sem informação sobre efeitos colaterais e contra-indicações é outro exemplo de práticas comuns e amplamente difundidas (ver Costa, 1987). Se existisse anteriormente um saber popular nesta área, parece que já não temos acesso a isto. Agora, maior acesso ao saber técnico é essencial em evitar danos sérios à saúde, embora não haja soluções técnicas inteiramente adequadas, e embora a decisão sobre uso de métodos caiba exclusivamente à mulher.

Na definição dos objetivos de programas de saúde, concluímos que é preciso respeitar a colocação de necessidades sentidas e soluções apresentadas pela população sem negar a responsabilidade técnica em apontar outras necessidades e na busca de soluções. Implica, em termos operacionais, a criação de espaços onde a troca é legitimada e, mais difícil ainda, uma disponibilidade de relativizar todos os saberes, principalmente os mais poderosos.

EM VIAS DE UMA CONCLUSÃO...

Mesmo dentro dos sérios limites em que o setor de saúde atua (já que a saúde reflete as deficiências em todos os setores — de emprego, renda, habitação, saneamento, transporte, lazer, educação etc. etc.), uma reorganização dos serviços existentes está na pauta da Reforma Sanitária, reivindicando tanto pelo setor de saúde como pela sociedade civil.

O movimento político em marcha abre espaços para novas propostas e legítima, cada vez mais, a voz dos usuários. Acreditamos que este momento exige propostas que contribuam para saúde e desenvolvimento social das populações tradicionalmente marginalizadas, para que estas venham a se fortalecer como sujeitos da ação.

Isso implica a nosso ver, um processo de aprendizagem e transformação tanto dos profissionais de saúde como da sua clientela. Certamente os pontos de partida são quase infinitos e os pontos de chegada tão variados e fluidos quanto o contexto em que os trabalhos são desenvolvidos.

Nosso ponto de partida são os problemas mais comuns da parcela mais vulnerável da população, e as mulheres que ainda assumem a maior responsabilidade frente a estes problemas. Uma vez iniciado o processo, o resultado visível mais imediato é o crescimento das mulheres que passam pelo processo, condição inicial para o desenvolvimento e fortalecimento de novas formas da relação serviços de saúde/população. Pelo lado dos profissionais envolvidos, esta confirmação do potencial das mulheres de baixa renda é ao mesmo tempo a maior fonte de motivação e o nosso desafio maior, no sentido de contribuir para o desenvolvimento de uma proposta à altura, e trazê-la ao debate público.

This article describes the implantation of an innovative proposal for primary health care in squatter areas of Rio de Janeiro. Community health agents, each of whom is responsible for an area of approximately 2000 inhabitants, work within an operational model which includes continuous home visits and work with groups of women and expectant mothers. The basic actions, in this initial period, represent an extension of coverage of the Programme for Integral Health Care for Women and Children.

The second part of the article discusses some of the polemical points related to this delivery model, which promotes both an improvement in health and social development.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARVALHO, Antonio Ivo — *Saúde e Educação de Base: algumas notas*, mimeo, sem data.

ARTIGO

2. CHAVES, Mario M. *Saúde: Uma Estratégia de Mudança*; Guanabara Dois, 1982.
3. COSTA, Sarah et alii – Family Planning Practices in a Low-Income Community in Rio de Janeiro. FIOCRUZ/WHO, Relatório de pesquisa, 1987.
4. ELLIOTT, Charles – Atenção primária é a nova prioridade? em *Saúde da Comunidade: Um Desafio*; TAPS, 1984.
5. M. S. – Encontro Nacional Sobre Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde: Documento-síntese, mimeo, 1980.
6. NORONHA, José de Carvalho e TRAVASSOS, Claudia Maria – Participação Comunitária nos Programas de Saúde. *Saúde em Debate: Revista do CEBES* 12, 181.
7. OFOSU-AMAAH, V. Experiencias Nacionales en el Empleo de Trabajadores de Salud de la Comunidad; OPAS/OMS, 1984.
8. OMS/UNICEF – *Declaração de Alma Ata 1978. Cuidados Primários de Saúde*, 1979.
9. UNICEF/WHO – Primary Health care: The Community Health Worker; Kingston, Jamaica, 1980.
10. VALLA, Victor V. – *Educação e Favela. Vozes/ABRASCO*, 1986.
11. WERNER, David – El agente de Salud de Aldea: Lacayo o libertador?; Foro Mundial de la Salud; 2 (1): 54, 1981.
12. WERNER, David – Programas Rurais de Saúde na América Latina; em *Saúde da Comunidade: Um Desafio*. TAPS, 1984.