

Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil

Community Health Agents: philosophical points of view, spaces and perspectives of their action in Brazil

Oviomar Flores¹
 Maria Fátima de Sousa²
 Edgar Merchán-Hamann¹

RESUMO

Objetivos: Analisar a formação histórico-social do Agente Comunitário de Saúde – ACS, mediante a caracterização das distintas vertentes filosóficas que embasam a ação deste profissional; analisar os contextos do surgimento da profissão, como forma de apontar perspectivas para a consolidação dessa categoria profissional no processo da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Método: Trata-se de uma análise documental, de natureza qualitativa, no qual se buscou o delineamento do processo histórico social da formação do ACS, ao ritmo do processo de institucionalização das práticas de saúde no Brasil e em centros intelectualmente hegemônicos como a Inglaterra, França, Alemanha, e Estados Unidos. Foi utilizado o referencial gramsciano do educador como um intelectual orgânico.

Resultados: Este estudo aponta as potencialidades do ACS na condição de um sujeito coletivo com capacidade de pensar e sistematizar a realidade de saúde para grupos sociais específicos, a partir do nível básico de atenção à saúde do SUS. Reafirma-se a sua potencialidade como elo entre a comunidade e a equipe de saúde e discutem-se as fragilidades no agir cotidiano destes profissionais e dos Programas de Agentes comunitários – PACS e de Saúde da Família – PSF como um todo. As fragilidades dizem respeito aos seus papéis no seio da própria equipe de trabalho, seus saberes e espaços de intervenção.

Discussão: Este estudo lança questões sobre os vínculos desses profissionais com o PSF e encaminha propostas de reinvestidas e ajustes nessa estratégia como forma de radicalização das lutas em prol da implementação do SUS.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Intelectual orgânico; Sistema Único de Saúde; Atenção Básica em Saúde.

¹Departamento de Saúde Coletiva,
 Faculdade de Ciências da Saúde,
 Universidade de Brasília, Brasília-DF,
 Brasil.

²Núcleo de Estudos de Saúde Pública,
 Centro de Estudos Avançados e
 Multidisciplinares-CEAM, Universidade de
 Brasília, Brasília-DF, Brasil.

Correspondência

Oviomar Flores
 Departamento de Saúde Coletiva,
 Faculdade de Ciências da Saúde,
 Universidade de Brasília, Brasília-DF,
 70910-900, Brasil.
 flowers@unb.br

Recebido em 26/fevereiro/2008
 Aprovado em 24/junho/2008

ABSTRACT

Objectives: To analyze the historical and cultural development of Community Health Agents (CHA), in the light of the different philosophical views which constitute the basis for these professionals' action; to describe how this professional category emerged and its contribution for the consolidation of the National Unified Health System (NUHS) in Brazil.

Method: This is a documental qualitative analysis in which the historical process of CHAs development is compared with the institutional growth of health care and prevention practices both in Brazil as well as in intellectual hegemonic centers such as England, France, Germany and the USA. We assume Gramsci's theoretical framework of the organic intellectual.

Results: This essay points at the potentialities of the new health workers, viewed as a new collective subject able to reflect upon the reality and to modify the health situation in specific social groups, within the context of basic health care of the NUHS. We emphasize the potential growth of CHA, as a link of the community with the health professional provider teams. The discussion is based on the fragility of the day-to-day action of CHAs, within the National Program of Community Health (PACS) or the National Program of Family Health (PSF), considering their role on the health team, their knowledge and their intervention spaces.

Discussion: We discuss issues on the linkage of CHAs with PSF and we propose adjustments and modifications of this strategy leading to a radical fight towards the final implementation of the NUHS.

Key words: Community Health Agents; Organic intellectuals; Health systems; Health Basic Care.

INTRODUÇÃO

A formação histórico-social dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS como uma categoria de trabalhadores transcende os limites da experiência brasileira, pois as funções desse trabalhador estão plantadas na trajetória da institucionalização das práticas médicas do mundo ocidental. Sinais mais marcantes nesse sentido evidenciam-se na Europa, durante os séculos XVII e XVIII, naqueles movimentos que consolidaram, posteriormente, a Medicina Social, normalizam a prática médica e institucionalizam a Saúde Pública como uma ação do Estado¹. Outro movimento a ser considerado é a consolidação da enfermagem, que caracteriza o período científico de sistematização deste campo de práticas do cuidado à saúde, na segunda metade do século XIX. Nesses dois momentos é contemplada a implantação da prática da visita domiciliar como um procedimento sistemático e normalizado, que marca um tipo de intervenção destinada

ao indivíduo, ao seu domicílio e à comunidade. No Brasil a institucionalização da enfermagem e a normalização da visita domiciliar nesse campo ocorreram na década de 1920².

No período de 1920 a 1990, evolução progressiva de políticas, projetos e normalizações, implementados ao ritmo das necessidades emergentes no campo da saúde, favorece o aparecimento desse novo trabalhador. O ACS culmina investido de funções que se revestem de um caráter tático na organização da atenção básica de saúde, intencionalmente direcionada para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. Em termos operacionais, um dos principais propósitos estabelecidos para o desempenho dessas funções é o papel de elo entre a comunidade e a equipe e, sob a ótica dos seus formuladores no contexto do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, a ca-

pacitação da população para o cuidado da própria saúde em condições de autonomia. Deste modo, vincula-se ao ACS o papel de educador restrito ao espaço das ações básicas de saúde, tornando-se interlocutor privilegiado entre as famílias, comunidades e os serviços de saúde locais, em função da sua proximidade³.

Ao analisar a produção acadêmica e oficial sobre o ACS, é possível identificar as diferentes vertentes filosóficas que embasam a sua “modelação”; os distintos contextos em que essa categoria é chamada a intervir, bem como as diferentes maneiras como o ACS se percebe e como é percebido pelos usuários, pelos demais componentes das equipes de saúde e pelos gestores. É possível identificar, também, as múltiplas formas de vinculação trabalhista, que resultam em diferentes feições nas suas relações de trabalho^{4,5,3,6,7,8,9,10}.

Estes fatos, somados à natureza das atribuições do ACS, à capilaridade e expressividade numérica da sua presença na rede pública de atenção à saúde, conferem-lhe singularidade no seu espaço de trabalho e na equipe de saúde. A sua compreensão demanda um olhar atento para a complexidade do seu universo que aponta para além dos aspectos organizacionais e administrativos da rede de serviços de saúde, como condição de recuperação daqueles atributos de cunho histórico que dão forma ao seu agir prático e que o fazem ser como é em cada formação social.

Neste texto pretendemos: 1) caracterizar as vertentes filosóficas que embasam a versão mais recente do Agente Comunitário de Saúde; 2) analisar a trajetória histórica da construção dessa profissão no Brasil, descrevendo os distintos contextos da sua formação; 3) apontar perspectivas para a consolidação dessa categoria profissional frente aos atuais encaminhamentos na implementação do SUS.

Trata-se de uma análise documental, de natureza qualitativa, que aborda a formação do ACS como expressão da Medicina de Estado, identificando os sinais desse processo em experiências externas originárias de centros intelectualmente hegemônicos como a Inglaterra, França, Alemanha e Estados Unidos e, internamente, a partir de conjunturas distintas orientadas, sempre por razões políticas, econômicas e sociais próprias de cada fase histórica. Foram escolhidos alguns momentos históricos que vão da Idade Média ao final do século XX passando por períodos específicos (do século XVII ao século XIX na Europa; da segunda metade do século XIX ao século XX no Brasil e nos Estados

Unidos), quando se estruturam paradigmas de atenção à saúde em que progressivamente a presença do ACS tem assumido contornos mais fortes e definitivos. O marco referencial teórico orientase pela produção de Antonio Gramsci, que propõe o educador como um intelectual politicamente posicionado e direcionado para a transformação, como forma de evidenciar as potencialidades do ACS na sua função de educador eticamente comprometido com os grupos sociais a que está vinculado, na perspectiva da implementação do SUS.

MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Para nossa análise, utilizaremos a concepção do educador como intelectual orgânico, elaborada por Gramsci. Para esse autor, o intelectual orgânico é aquele que desempenha o papel de sistematizador da realidade em favor de um grupo ou de uma classe social específica, com quem mantém uma relação de identidade e/ou pertencimento¹¹. Nesse sentido, o intelectual orgânico não seria apenas o criador de teorias ou o formulador de estratégias políticas, mas um educador sistemático, comprometido com a transformação da sociedade, que difunde a concepção de mundo revolucionária entre as classes subalternas. Esse educador incorpora como função a imersão na vida prática das massas, tendo por objetivo o trabalho sobre o bom senso, como forma de elevação da consciência dispersa e fragmentária de grupos sociais específicos para uma concepção de mundo coerente e homogênea¹².

Em verdade, a função de intelectual não é recente, pois a cada fase histórica de uma sociedade esse atributo é incorporado por diferentes tipos ou agentes sociais, sempre coerentes com o modo de produção dominante. No campo do cuidado à saúde, é importante considerar que os profissionais de saúde, vistos como a categoria composta por todos aqueles que “lutam ou parecem lutar contra a morte e as doenças”¹¹ são historicamente representados na figura do médico. Nas sociedades primitivas, os curandeiros colocavam-se num espaço de prestígio, cuja expressividade aproximava-se do status gozado pelos religiosos, sendo evidentes as ligações e aproximações entre essas duas categorias de intelectuais.

Esses intelectuais, assim como outros mais recentes, magistrados, teóricos, filósofos, administradores, tradicionalmente formam-se como atores característicos de uma estrutura econômica, expressando-a e passando a estruturas subseqüentes.

tes como “representantes de uma continuidade histórica que não fora interrompida nem mesmo pelas formas mais complicadas e radicais de modificações das formas sociais e políticas”¹¹. Nessa seqüência, segundo Gramsci, o intelectual tradicionalmente apresenta-se como um profissional treinado em habilidades específicas, conhecedor do funcionamento das “máquinas” especializadas; isso significa que esse agente social domina as práticas e a experiência em torno de um campo de saber, o que denominamos tirocínio, articuladas com o domínio da organização e gerenciamento dessas ações em termos científicos.

Equivaleria afirmar que tradicionalmente os trabalhadores da saúde, no exercício da função social de intelectual, estabeleceriam suas relações com o modo de produção hegemônico na condição de funcionários das superestruturas. Isto é, os profissionais da saúde agiriam como “comissários” do grupo dominante, na terminologia de Gramsci, com distintos graus de organicidade em relação aos dois planos fundamentais da sociedade: 1) a sociedade civil vista como o conjunto de organismos privados e 2) a sociedade política, espaço do exercício da função de hegemonia pelo grupo dominante e de domínio direto que se expressa no Estado e no governo jurídico¹².

São estas, além de outras dimensões do trabalho em saúde que o caracterizam como uma “prática social”. Tomando-se o conceito de prática social como característico do modo de produção capitalista, que tem como idéia central a socialização do trabalho, é possível identificar os sinais de evolução da organicidade dos profissionais da saúde dentro de um modo de produção dominante, identificando-se, inclusive as principais inflexões na função intelectual destes trabalhadores¹³.

A constituição do ACS assim como dos demais agentes sociais da saúde, enquanto um intelectual atuante nesse campo, constitui um processo histórico no qual poderemos divisar antecedentes no contexto nacional e no contexto externo que se manifestam no agir concreto desses atores atuais. Cabe questionar, no entanto, à luz da teoria gramsciana, qual seria a especificidade desse trabalhador em relação aos demais componentes das atuais equipes de saúde e em relação aos seus similares pré-existentes em contextos anteriores.

A TRAJETÓRIA HISTÓRICA NO CONTEXTO INTERNACIONAL

Um antecedente importante do ACS na Europa, na Idade Média, foi o inspetor sanitário, quando, em caso de peste ou de outras epidemias, agilizava-se um regulamento de urgência sob a sua responsabilidade que tinha por orientação a quarentena, i.e., a segregação temporária preventiva de pessoas que ainda não manifestavam a doença, prática iniciada no século XIV. Esse inspetor realizava uma vigilância generalizada num território urbano devidamente delimitado para esse fim¹⁴ e em caso de necessidade relatava as suas inspeções diárias; revistava todos os domicílios e habitantes da cidade; controlava e comunicava a ocorrência de óbitos; e desinfetava os domicílios. A “quarentena” propriamente dita era mais aplicada aos tripulantes e passageiros de embarcações e às cargas de mercadorias. Porém, em caso de epidemia já deflagrada, recorria-se ao dispositivo de isolamento de áreas inteiras das cidades existindo, o mesmo poder de policiamento dos inspetores sobre os habitantes e seus domicílios¹⁵.

Outro modelo de enfrentamento das epidemias foi aquele desenvolvido com base na segregação ou exclusão das pessoas com lepra, que data de tempos bíblicos e que inicialmente foi uma prática focalizada no indivíduo já portador da doença. A partir dos primórdios da Idade Média, edificações isoladas ou mesmo áreas periféricas das cidades (ilhas, penínsulas, aldeias afastadas) eram destinadas para esses fins, originando os leprosários. Gradativamente, as cidades européias passaram a contar com edificações ou cidadelas como medidas de marginalização espacial, destinadas aos acometidos de lepra como também outras afecções dermatológicas¹⁶. Nesses locais o inspetor também se apresentava investido de poder de fiscalização sobre indivíduos e grupos, para a verificação do cumprimento das medidas de isolamento, caracterizando uma prática educativa de natureza normatizadora e disciplinar, que gradativamente foi incorporando funções econômicas, políticas e sociais¹⁷.

Tomando-se as experiências da França, da Inglaterra e da Alemanha nos séculos XVII e XVIII, observa-se que suas necessidades de fundo eram semelhantes, pois tratavam da formação ou consolidação do Estado; do controle da população, da salubridade do meio-ambiente e do provimento de condições para a produção, circulação e consumo de mercadorias, mesmo que em cada um desses três contextos estes aspectos assumissem impor-

tâncias diferenciadas. Essas necessidades originaram três modelos de estruturas sanitárias, que em conjunto orientam ainda hoje as ações de saúde pública como dever de estado: a salubridade do meio, denominada Medicina Urbana ou Medicina das Coisas; a saúde do trabalhador, conhecida como Medicina do Corpo do Trabalhador; a saúde das pessoas como razão de estado ou Medicina do Corpo do Estado. Orientada por esses modelos, a ação educativa dos trabalhadores da saúde na época, era exercida mediante o domínio técnico dos problemas mais expressivos em cada contexto, como uma função intelectual ligada ao Estado¹².

Na Alemanha, a necessidade fundamental era a consolidação do Estado mediante a constituição de uma população hígida para a produção, circulação e consumo de riquezas, e a máxima capacidade de defesa. Nessa direção, a prática médica estruturase com base numa normalização que prevê: 1) um sistema de observação da morbidade; 2) o controle pelo estado do sistema de ensino médico; 3) uma organização administrativa para controlar o exercício médico; 4) o esquadramento do espaço geográfico e a criação de funcionários médicos responsáveis por essas funções e hierarquicamente posicionados. Trata-se da polícia médica.

Na França, predominaram como atribuições dos agentes de saúde da época as soluções para o acúmulo de tudo aquilo que constituísse risco para a saúde, como a circulação de bens, da água e do ar e a provisão, distribuição e alocamento daqueles recursos de uso coletivo, como lavanderias, aquecedores, matadouros, entre outros.

Na Inglaterra, numa fase mais desenvolvida do capitalismo, a prática do pessoal da saúde tinha como objeto o pobre, que ao mesmo tempo em que se apresenta como uma força política com potencial de revolta, passa a ser considerado um fator de transmissão de doenças em contextos de epidemia. Com a Lei dos Pobres, promulgada na transição do século XVI a XVII, estabelece-se a base da legislação que será implementada nos séculos seguintes ao longo da industrialização¹⁸. Tal lei contribuiu para o estabelecimento de um cordão sanitário nas cidades que separa habitantes ricos e pobres, demarcando uma prática médica especializada no tratamento destes últimos, mantendo-os minimamente hígidos e aptos para inclusão no processo de trabalho; controlando-os disciplinarmente com finalidades políticas e, ao mesmo tempo, protegendo os ricos da contaminação. Aos agentes de saúde nesse contexto cabia: 1) a notificação das causas de morte que seriam

apuradas e cuidadosamente contabilizadas; 2) a comunicação e registro de epidemias; 3) a partir do século XIX, o controle e a obrigatoriedade da vacinação; 4) a localização e destruição dos focos de insalubridade.

A Inglaterra foi pioneira na legislação direcionada à proteção da saúde dos trabalhadores, inicialmente mediante o *First British Factory Act* de 1802, lei vaga que pretendia aliviar a carga de trabalho de crianças pobres. Mais definidas e eficazes foram as leis posteriores, amparadas também na Lei dos Pobres, como a Lei das Dez Horas, promulgada em 1847¹⁸. Novamente aparece a figura de um agente social que inspeciona o cumprimento dessas disposições.

A TRAJETÓRIA HISTÓRICA NO CONTEXTO BRASILEIRO

Assim como na experiência européia, mais recentemente, na experiência brasileira, a figura do ACS insinua-se na figura clássica do inspetor sanitário. Em ambos os contextos, esses agentes fizeram-se presentes no processo de institucionalização das práticas de saúde, descrito por Illich¹⁹ como um período de expropriação da saúde, quando o domínio dos saberes, atos e procedimentos deslocase do seio da comunidade para o espaço institucional, sob o domínio de uma classe social hegemônica, que impõe seu projeto de sociedade para os demais grupos sociais.

Tendo-se por referência a institucionalização das práticas de saúde no Brasil, é possível identificar-se o trânsito por três fases distintas: 1) aquelas práticas anteriores ao período da colonização, características das sociedades tribais; 2) as práticas desenvolvidas durante o período colonial, mediante a ação dos físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, algebristas, curandeiros, entendidos e outros¹⁹; 3) a institucionalização das práticas de saúde no processo de consolidação do Estado brasileiro.

Obviamente tal periodização não constitui um processo linear, uma vez que, já durante o período colonial, o isolamento, a quarentena e a construção de lazaretos eram práticas instituídas no Brasil, o que ilustra o fato de que no final do século XVIII já proliferavam espaços de intervenções sanitárias que se consolidaram no século XIX. Desse modo, as medidas de quarentena em navios, bem como as direcionadas à realocação de populações, principalmente de escravos, eram amplamente discutidas no meio das Sociedades Médicas das

províncias do império e noticiadas nos Semanários de Saúde Pública desde a década de 1830²⁰. As disposições oficiais em relação à hanseníase, ainda denominada lepra, foram repassadas a todas as províncias através das Inspetorias de Saúde Pública criadas desde 1890²¹.

Além desses dois âmbitos de institucionalização, um terceiro movimento nesse processo marca a transição do século XIX ao XX e foi constituído pela criação e organização dos Conselhos, Inspetorias, Diretorias e Serviços de Saúde Pública. Um exemplo da sua ação é verificado já no começo do século XX. Com o objetivo de prevenir o advento de epidemias de Febre Amarela, Oswaldo Cruz dividiu a cidade de Rio de Janeiro em zonas determinadas com base na concentração da população e o pessoal de saúde era agrupado em duas grandes seções: 1) isolamento e expurgo, mediante a remoção de doentes para o hospital de isolamento; purificação de domicílios em relação a mosquitos e 2) polícia de focos, responsável pela visita periódica a todos os domicílios da cidade para destruição de larvas de mosquitos²². Outro exemplo é a reforma do Serviço Sanitário de São Paulo, ocorrida em 1911, que já esquadrinha o território paulista em 14 distritos sanitários e os coloca sob a responsabilidade de um inspetor sanitário²³.

Paralelamente, como vimos, processa-se a institucionalização das práticas de enfermagem e, como um dos seus elementos constituintes, normaliza-se a visita domiciliar de enfermagem, por volta de 1920²; e instalam-se os Centros de Saúde como locais irradiadores da saúde, inspirados na experiência norte-americana, localizados segundo critérios espaciais e de distribuição populacional cuja ação objetivava a melhoria das condições sociais da população bem como ações de prevenção e de educação em saúde. A intervenção nos domicílios passa, então, a contar com duas categorias de procedimento: 1) a visita domiciliar de enfermagem, realizada pela enfermeira visitadora e destinada à profilaxia das doenças transmissíveis e 2) a visita domiciliar realizada nos moldes campanhistas, desencadeadas em torno das questões de saneamento e outros problemas atinentes à saúde de uma forma geral.

É na década de 40, com a instituição do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, que se assiste um avanço importante na definição do perfil do ACS, nos termos atuais. O SESP foi criado com o objetivo de combater a malária e prestar assistência médico-sanitária às populações vinculadas à produção estratégica da borracha, mica e cristal de rocha no contexto da segunda guerra mundial. Instalado na

Região Amazônica e nos Estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás, prestava serviços de controle de doenças transmissíveis, estatística vital, educação sanitária, higiene pré-natal e da criança; saneamento ambiental; assistência médica ao adulto à mulher e à criança; exames laboratoriais de urina, sangue, fezes, escarro e muco nasal. O embrião do ACS nessa fase foi o visitador sanitário que prestava atendimento aos indivíduos e às famílias nas unidades de saúde e nos domicílios. Responsáveis pelo atendimento dos residentes em uma área específica, os visitadores atendiam gestantes e crianças de baixo risco, realizavam visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos, acompanhavam nascidos vivos e óbitos em menores de um ano e monitoravam pacientes portadores de doenças prevalentes realizando tratamentos supervisionados⁴.

MEDICINA COMUNITÁRIA

O processo de formação do ACS sofre uma inflexão significativa durante a década de 1970, oportuna pela sistematização e denúncia da crise da Medicina em termos nacionais e mundiais. Este fato opera-se num contexto de: 1) crise do Estado Brasileiro, marcada pela perda crescente de legitimidade do regime autoritário imposto em 1964; 3) pela degradação da qualidade de vida da população brasileira e a pela crescente concentração de renda como marcas fundamentais do modelo econômico adotado pela ditadura militar. O modelo da Medicina Comunitária, originário da Inglaterra e EEUU, se nos apresenta como uma alternativa a ser reformulada e incorporada adequadamente ao modelo médico dominante no Brasil de maneira complementar, acenando para a possibilidade de incorporação de inovações que buscavam dar conta da produtividade, diminuição de custos, extensão de cobertura, simplificação dos recursos e participação comunitária.

A experiência brasileira nesse sentido não é a única, uma vez que esse é um contexto que caracteriza a América Latina na década de 60 e 70, como expressão da estratégia de reperfilamento dos países periféricos face à crise do capitalismo internacional. Dessa forma, vários países latino-americanos constituíram campos de experimentação desse modelo, que de início foram implantados por universidades nacionais, sob a assessoria da Organização Pan-americana da Saúde e financiamento de fundações privadas norte-americanas e, como vimos, também ensejam o surgimento de profissionais com atribuições muito próximas daqueles desenvolvidas pelos ACS brasileiros. Seus elementos estruturadores eram: 1) coletivismo restrito; 2) integração de

atividades promocionais, preventivas e curativas; 3) desconcentração de recursos; 4) utilização de tecnologia apropriada; 5) inclusão das práticas médicas alternativas; 6) utilização da equipe de saúde; e, 6) participação comunitária²⁴.

É diante dessa realidade que a sociedade civil brasileira expressa um imenso potencial de articulação e mobilização, desencadeando o que se denominou por movimentos sociais urbanos, de onde emergem, entre outros, o movimento contra a carestia; as associações de bairro, as comunidades eclesiais de base, os movimentos das mulheres; os movimentos de emancipação dos homossexuais; o movimento pela anistia. No campo da saúde, toma corpo o Movimento Sanitário Brasileiro, ator principal na análise crítica e produção do conhecimento relativo à Saúde Coletiva, que passa a incorporar a questão do direito à saúde na pauta dos itens a serem defendidos na formulação das políticas de saúde.

A Medicina Comunitária apontava para a necessidade de uma nova recomposição da Força de Trabalho em saúde, de modo a “adequá-la” ao padrão da prática médica hegemônica, coerentemente com os seus elementos estruturadores e com o seu caráter complementar. Propunha a redução de custos mediante a redistribuição do trabalho médico entre outros trabalhadores, por meio da delegação de competências. Conseqüentemente, a reestruturação do trabalho médico faz-se acompanhar pela emergência da equipe de saúde enquanto um ator coletivo nesse mesmo espaço. Seu formato seria piramidal, sugerindo uma distribuição hierarquizada das funções nos moldes da complexidade crescente das ações defendidas para a rede de serviços em construção. A divisão técnica do trabalho era viabilizada pelos diferentes níveis de capacitação, correspondentes a distintos níveis de responsabilidade sobre as ações desenvolvidas, o que por sua vez já definia também a divisão social, pois implicava a delimitação espacial das funções intelectuais e das funções manuais²⁵. Essas mudanças demandaram reformulações no sistema de formação e capacitação dos recursos humanos, que originaram experiências de integração docente-assistencial articulando instituições formadoras e de prestação de serviços, que propunham para o pessoal auxiliar treinamentos curtos em serviços e contemplando “reciclagens” periódicas.

Ainda que fosse defendida a construção dessa nova equipe de saúde e a desmonopolização do saber médico, a construção do saber necessário para o desenvolvimento das novas práticas de saúde não resultou de uma articulação entre os discursos médicos, o discurso oficial e o discurso da população,

numa perspectiva democratizadora, como era de se esperar²⁴, mas da incorporação de novas práticas, cuja validade ou não estava condicionada à possibilidade de manipulação do comportamento dos grupos sociais a que se destinavam²⁵. No que se refere à materialidade dos distintos agentes que compõem a “nova equipe” de saúde, qual seria o espaço da construção e desenvolvimento das suas práticas?

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, desenvolvido durante a década de 1970, representa a materialização de experiências de Medicina Comunitária, desta vez induzidas pelo Ministério da Saúde. O PIASS funcionou como um laboratório de gestão e organização de serviços para a construção do sistema de atenção à saúde no Brasil. Plasmou, ainda que de forma incipiente, uma rede hierarquizada de serviços de saúde, descentralizada e de complexidade crescente expressa no sentido local/regional/central do sistema de saúde, em que se defendia a proporção necessária entre o pessoal técnico, auxiliar e especialista, e entre as categorias profissionais componentes das equipes. Dentre estes, propunha-se a presença de profissionais da medicina geral, de especialistas, de profissionais da enfermagem, odontologia, ciências farmacêuticas, serviço social, bem como auxiliares de enfermagem e Agentes de Saúde. Simultaneamente, o PIASS foi influenciado por Programas de Extensão de Cobertura – PECS, nos quais a discussão sobre formação dos recursos humanos e os componentes das equipes foi enriquecida com elementos de experiências particulares^{26,5}.

As funções do Agente de Saúde apresentam-se predominantemente orientadas para dois elementos estruturais da medicina comunitária: o coletivismo restrito e a participação comunitária, o que define a sua ação como uma prática de cunho fortemente educativo no nível local do sistema de saúde. Nessa época, o Agente de Saúde era concebido preferencialmente como membro e morador da comunidade onde trabalhava, vinculando-se a um posto de saúde onde prestava atenção primária a uma população de até 20.000 habitantes, identificando e encaminhando pacientes necessitados de cuidados mais complexos. O Agente de Saúde era o único servidor permanente lotado nessa Unidade de Saúde, contando com a visita periódica de médicos e enfermeiros e de supervisão sistemática. A sua função confirmava-se como predominantemente educativa, sendo explícitas as suas atribuições de mobilização da comunidade, ação que comumente confundia-se com a de participação comunitária.

Na Conferência de Alma Ata, realizada na então República Socialista Soviética de Cazaquistão, em

1976, foi recomendado que a plena participação da comunidade fosse assegurada e incentivada mediante a efetiva informação, a crescente alfabetização e o desenvolvimento dos instrumentos institucionais que possibilitassem aos indivíduos, às famílias e às comunidades assumir a responsabilidade para sua saúde e bem-estar²⁷. Recomendações desse tipo articulavam-se à crença de que essa seria uma forma de ultrapassar o caráter assistencialista da atenção à saúde, uma vez que mediante uma ação mobilizadora e coordenadora do nível local da rede de atenção à saúde, a participação viabilizaria a recriação da comunidade em termos de auto-ajuda e autoconfiança com vistas à superação dos seus problemas neste campo.

Uma ação dimensionada nesses termos sugeria um coletivismo restrito, cujas principais características eram: 1) esvaziamento do caráter estrutural dos problemas de saúde, na medida em que se rompia a cadeia entre os problemas locais e os problemas gerais da sociedade; 2) ausência de canais que possibilitassem uma participação mais ampla; 3) práticas manipuladoras e a conseqüente ausência de participação. A potencialidade desse tipo de participação orientada para um coletivismo restrito residia na possibilidade de alocação de recursos expressivos da comunidade nos programas de saúde, incrementando sua efetividade e promovendo um tipo de solidariedade e harmonia social diante das tensões e conflitos característicos da época²⁶.

MOVIMENTOS SOCIAIS, EXPERIÊNCIAS PIONEIRAS E IMPLANTAÇÃO DO PACS / PSF

A categoria do Agente de Saúde sofre influências definitivas dos movimentos sociais que emergiram na década de 1970 e 1980, vistos como uma nova configuração dos trabalhadores, marcada pela emergência de novos atores sociais e novos padrões de ações coletivas, no contexto da ditadura militar. Estes movimentos têm como espaço o cotidiano das vidas dos trabalhadores mobilizados em torno das suas necessidades, tomando como referência três instituições marcadas pela crise, em cujo enfrentamento se rearticulam suas matrizes discursivas como formas de restabelecerem os seus vínculos com a sociedade brasileira. São elas: a igreja católica, os grupos de esquerda e os sindicatos²⁷.

No campo da saúde, o Movimento Sanitário Brasileiro desempenhou o papel de articulador dessas vertentes, mediante a ocupação dos espaços institucionais da saúde e a incorporação e releitura do paradigma da Medicina Comunitária numa lin-

guagem nacional. É nesse quadro em que se estruturam espaços de intervenção como os do Vale da Ribeira, Londrina, Marília, Montes Claros – MG, a Pastoral da Criança, Hospital Conceição – RS, São José do Murialdo – RS^{28,29,3,4}.

Há que se considerar, também, experiências outras que não se enquadravam necessariamente em nenhuma dessas matrizes, fruto da ação de indivíduos e grupos movidos eticamente pela mudança das práticas de saúde, que se estabelecem de maneira autônoma e simultânea, como são os casos de Planaltina de Goiás – GO, Mambaí – GO, Sobradinho – DF, Taubaté – SP, Recife – PE, Curitiba – PR e do Estado da Paraíba.

Por fim, cabe ressaltar a emergência de experiências do tipo institucional, que não fogem dessa matriz original, mas denotam o senso de oportunidade dos seus implantadores face às necessidades emergentes, como são os casos da implantação dos ACS no Estado do Ceará, que articula a questão da formação das frentes de trabalho e o enfrentamento dos altos coeficientes de mortalidade infantil. Outra experiência é a dos estados da macro-região Norte no enfrentamento da epidemia de Cólera. O efeito demonstrativo dessas duas últimas experiências representou um argumento fundamental na defesa da implantação de uma política nacional cujo centro era o Agente de Saúde.

A inflexão mais definitiva na consolidação da categoria de Agentes Comunitários de Saúde ocorre no início da década de 1990, oportunidade em que o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Ainda que o espaço de intervenção, a função de educador e a função de ligação comunidade/equipe sejam traços que unificam os Projetos que antecederam à criação desse Programa, a sua formulação resulta da confluência de distintas vertentes filosóficas e distintas necessidades em contextos diferenciados.

Portanto, as necessidades e os modos de implementação/formação da categoria do ACS assumem conotações peculiares, a partir dos contextos locais regionais em que se realizam, acarretando distintas concepções sobre este ator no que se refere à natureza do seu trabalho, aos seus vínculos institucionais e aos seus compromissos com a população. Um fato digno de referência é que na oportunidade da criação do PACS já se contava com a Associação Nacional dos Agentes Comunitários em Saúde, que discutia e defendia as questões relativas ao vínculo empregatício com a rede Pública de Saúde, uma vez que este se dava pela terceirização.

Esse contexto é marcado pela introdução das reformas neoliberais características do Governo Collor, o que para o campo da saúde redundou em retrocessos marcantes na consolidação do SUS. Dentre os fatos mais expressivos nesse processo, citam-se: 1) o sucateamento da rede pública de serviços; 2) o desmonte da força de trabalho que acompanhou a destruição das burocracias do Estado e sua substituição mediante a terceirização; 3) o arrocho salarial; 4) a manutenção de profundas assimetrias nos indicadores de saúde bem como a falta de controle sobre situações emergentes como as epidemias de Cólera e Dengue; 5) o fortalecimento dos atores neoliberais e/ou privatistas no campo das lutas pelas políticas públicas de saúde; 6) a correspondente despontualização do Movimento Sanitário Brasileiro na consolidação do SUS.

A esses fatos, agregam-se aqueles do cenário mundial que apontam para: 1) a agudização da crise da Medicina; 2) o crescimento da violência marcada pelas guerras, o terrorismo, a internacionalização do tráfico de drogas; 3) o crescimento ou manutenção de alta incidência de violência perpetrada contra as mulheres, as crianças, os grupos politicamente minoritários bem como o aumento da violência estrutural nas grandes cidades; 4) a degradação do meio-ambiente; 5) a regionalização dos mercados; 6) a crise do modelo tradicional da família e o surgimento de novas formas de convívio doméstico e 7) o aumento da dívida dos países ricos em relação aos países pobres. A sistematização, análise e denúncia dessa situação em nível nacional e internacional oportunizaram a emergência de novas formas de organização e encaminhamento de discussões e deliberações, que no setor saúde recolocaram progressivamente em evidência o Paradigma de Promoção da Saúde e a Estratégia da Saúde Familiar.

É nesse contexto que a família ressurge como o lugar estratégico de intervenção para superação da crise na saúde, permitindo uma reinvestida na consolidação do SUS, marcada pela estratégia de intervenção no núcleo familiar articulada com o ideário político da promoção da saúde. Nessa época, como vimos, o Agente Comunitário já se fazia presente não só nas redes públicas de saúde, mas constituía um ator expressivo no espaço dos serviços básicos de saúde ampliado pela ação de outros atores de natureza não governamental, imprimindo com isso formas diferenciadas de vinculação desses agentes às práticas de saúde. O quadro de necessidades de saúde e a riqueza das experiências em curso evidenciaram um potencial solidarizante que possibilitou a inserção de novos

atores em contraposição ao modelo neoliberal que se insinuava para o campo da saúde no processo de implementação do SUS³.

Na estruturação do PACS priorizou-se a Região Nordeste, onde, num primeiro movimento, foram instalados 20.034 ACS, segundo critérios populacionais e epidemiológicos. Numa segunda investida, em 1992, esse Programa foi estendido para as localidades nordestinas ainda não beneficiadas, para a Região Norte e para Brasília e Região do Entorno. Um terceiro movimento nesse mesmo ano ampliou a abrangência para os demais estados da Região Norte, permanecendo ainda restrito às Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. A sua expansão para as regiões metropolitanas e capitais do Sul e do Sudeste consolida-se a partir de 1994 com a criação do Programa de Saúde da Família – PSF, que, desde então, passa a constituir a estratégia principal de organização de atenção à saúde no Brasil³. Estabelece-se uma vinculação orgânica entre aquele Programa e esta estratégia e na medida à que vai ocorrendo a implantação da segunda, os ACS passam a ser incorporados como componentes das equipes de saúde da família. A estratégia do PSF suscitou a rediscussão da proposta dos Distritos Sanitários como mecanismo estruturador da rede de atenção à saúde, colocando em evidência a importância já reconhecida do ACS na redução dos agravos mais frequentes nas famílias e nas comunidades locais.

DISCUSSÃO

O real dimensionamento da prática do ACS demanda a sua visualização no âmbito da Equipe de Saúde da Família – ESF, no que se refere às suas atribuições básicas. Recomenda-se que uma ESF seja composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis ACS⁹, estando prevista a incorporação de outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, dentistas, fisioterapeutas, inclusive agrônomos e veterinários.

O campo de intervenção de uma ESF define-se basicamente num perfil profissional, cujas habilidades e competências supõem: 1) o conhecimento das realidades das famílias em termos socioeconômicos, psicoculturais, demográficos e epidemiológicos; 2) a identificação do perfil epidemiológico da população adscrita; 3) a programação de atividades e as transformações no processo de trabalho; 4) a promoção da participação da comunidade na elaboração de um Plano de intervenção face aos seus principais fatores de risco à saúde;

5) a execução de procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica nos distintos ciclos de vida; 6) a atuação no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase, as DSTs e AIDS, as infectocontagiosas, as crônico-degenerativas; as relacionadas ao trabalho e ao meio-ambiente; 6) a valorização do vínculo com a família como condição para o processo de prestação da atenção à saúde pautado pela eficácia; 7) a resolução da maior parte dos problemas de saúde da população em nível local e a garantia dos mecanismos de referência e contra-referência, quando for necessário; 8) a integralidade da atenção; 9) os processos educativos em saúde; 10) a promoção de ações intersetoriais; 11) a promoção da educação continuada na perspectiva da qualidade de vida; 12) a discussão permanente junto à comunidade sobre a questão da saúde e cidadania e 13) a promoção do controle social⁹.

Neste Estudo, a figura do ACS no âmbito da ESF emerge evidenciada por categorias analíticas referentes aos modos como este trabalhador percebe a sua categoria profissional e como ele se percebe. O ACS percebe a sua categoria profissional como “um amigo” que mora na comunidade; um elo entre a equipe de saúde e a comunidade; uma autoridade na comunidade; um profissional importante; que faz um exercício de doação; como um membro da família; um educador que desenvolve um trabalho de transformação; um trabalhador angustiado, que gosta do que faz. Além disso, a comunidade conhece o ACS e identifica suas ações como predominantemente de informação sobre o cuidado à saúde, de encaminhamento e de marcação de consultas.

A prática dos ACS é, sem dúvida, um fazer marcado pela contradição e ambigüidade, uma vez que para além da prevenção e da promoção e do desenvolvimento de hábitos e comportamentos saudáveis, a realidade da comunidade clama por uma intervenção focalizada no seu cotidiano, o que demanda, por parte deste trabalhador, uma reelaboração em profundidade sobre os fatores de risco objeto de prevenção ou atividades promocionais de saúde, situações nem sempre compreendidas.

A ausência de instrumentos e de capacitação que permita uma ação eficaz sobre o cotidiano da comunidade resulta em sofrimento, angústia e desistência, que acabam por minar o potencial desse trabalhador. Uma intervenção nesse sentido demanda por parte do ACS um domínio profundo do seu “que fazer” em termos ético-políticos, como condição para a unidade dialética do seu perfil social e do seu perfil profissional.

Porém, o que a equipe e o próprio ACS parecem não entender é que na persistência do predomínio das ações de cunho assistencial sobre as ações de cunho sociopolítico o ACS perde a sua especificidade, desfaz-se a sua singularidade. Uma ação desse tipo, com raras exceções, caracteriza uma prática que, em termos educativos, tem começo e fim no senso comum, o que indicaria que o ACS ainda se encontra distante de uma vinculação que o caracterize como intelectual orgânico aos grupos sociais com quem interage no cotidiano.

É importante que se leve em consideração que o conceito “elo de ligação” assumido pela grande maioria dos ACS entrevistados é um eufemismo criado pelos formuladores do PACS que intencionalmente ou não neutralizam a dimensão política do seu perfil. O ACS, na função de intermediação de um diálogo entre desiguais (equipe de saúde/comunidade), não pode ser ligador de diferentes, mas mediador de conflitos cuja ação e intencionalidade devem ser consenso entre os seus componentes.

Frente a essa realidade, o Projeto Político Pedagógico da formação desse trabalhador na sua versão formal, assim como aquela que emerge das suas práticas cotidianas mostra-se omissa. Há um deslocamento do ACS do espaço comunitário para o espaço do estado, sendo este trabalhador visto como alguém da comunidade que deu certo.

Vários estudos^{3,4,30,6} têm atestado a efetividade da atuação do ACS no Brasil. Atribui-se ao PACS a redução da morbi-mortalidade materno-infantil, aumento de gestantes que têm seu período pré-natal acompanhado; o aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo; a oferta de 1 bilhão de procedimentos de Atenção Básica; a indução da procura de 251 milhões de exames laboratoriais; a indução a re-organização das áreas programáticas de Hipertensão, Diabetes, Tuberculose e Hanseníase; a vinculação entre a população e os serviços/profissionais de saúde e, sobretudo, a “provocação” da formulação do PSF.

Mas, para uma melhor localização da prática do ACS na atualidade, é importante considerar que as lacunas no SUS referentes à universalidade, equidade, integralidade, participação e controle social sugerem-nos que, mesmo nas décadas mais recentes, o que confere sentido e significado à sua existência é o trabalho com a população de baixa renda. Foi assim com a visitadora do SESP; foi assim com o agente de saúde da Medicina Comunitária e dos PECS. Porém, se na vigência da Medicina Comunitária, por um breve período fomos movidos

pela ilusão ou pelo equívoco de que nossas ações contemplavam populações simples, com problemas simples, cujas soluções eram simples, hoje, por força dos resultados desse mesmo paradigma, sabemos que os perfis epidemiológicos desses grupos sociais até então excluídos pelo sistema de saúde apresentam uma complexidade equivalente aos grupos sociais privilegiados e urbanos, o que nos conclama a superar de vez o círculo de giz do nível de atenção primária em saúde.

Porém, há três décadas, contava-se com a consolidação do Movimento Sanitário como uma ação política e social orientada pelo paradigma da Medicina Coletiva que incorpora no seu discurso a defesa do direito à saúde e defende uma ação direcionada para a construção de uma contra-hegemonia que se funda na democratização da saúde, tendo como intencionalidade a redemocratização da sociedade brasileira. Esses fatos sugerem-nos que as décadas de 1970 e 1980 apresentam-nos um quadro favorável para a transição desses profissionais da condição de intelectuais tradicionais, comissários do Estado, para a condição de educadores, intelectuais orgânicos, imbuídos da função de sistematização das questões da saúde em favor da sociedade em geral e de grupos sociais específicos, movidos por vínculos de alianças e de identificação no plano político, em relação ao Estado e às autoridades da saúde.

Porém, a institucionalização e/ou ocupação do aparelho de Estado como espaço de lutas teria atingido o “calcanhar de Aquiles” do Movimento Sanitário, na medida em que as alianças que se apresentaram como possíveis, nas décadas posteriores implicaram sua fragilização enquanto um interlocutor crítico da situação de saúde²⁹. Houve então uma despolitização das práticas de saúde e, conseqüentemente, um retorno da maioria dos trabalhadores à condição anterior de “intelectual tradicional”. Esse fato, que serve de exemplo do atual distanciamento dos intelectuais profissionais das arenas das lutas sociais num contexto de globalização e neoliberalismo, aponta para a atualidade do pensamento gramsciano que aposta na possibilidade da emergência de novos atores, encarnados naqueles grupos sociais que, até pouco tempo, eram o objeto das análises e das lutas sociais, agora investidos na condição de sujeitos, dotados de autonomia, criando os seus próprios intelectuais orgânicos num processo permanente de capacitação para a superação das suas condições materiais de vida, como seria o caso do ACS, nos termos em que o seu perfil é construído.

O PACS oportunizou a retomada da interiorização dos serviços, induzindo a fixação de profissionais

nem sempre presentes nas localidades e nos municípios de pequeno porte. Ao mesmo tempo, tornou evidente um espaço até então não construído definitivamente, vinculando os usuários à rede de atenção à saúde, onde se propõe que os principais sujeitos sejam aqueles constituídos pelos ACS e pelos grupos sociais articulados em torno da atenção básica em saúde. Dimensionado o PACS, delimitado o espaço de intervenção formal do ACS e identificada a sua dupla função de educador e de elo entre a população e a equipe de saúde, cabem-nos algumas questões que possibilitem uma aproximação à essência da ação do ACS no seio da equipe de saúde. É evidente que o PACS está focalizado na atenção básica à saúde no contexto do SUS e, como tal, as suas ações orientam-se em termos organizacionais para a estruturação de uma rede de atenção à saúde hierarquizada, descentralizada, de complexidade crescente e sujeita ao controle social.

Vale refletir, no entanto, que as exigências e condicionantes para o trabalho desses ACS são do tipo: 1) viver na comunidade de trabalho; 2) relegar a importância do vínculo empregatício com a equipe e a Unidade de saúde onde trabalha a um segundo plano, em favor dos seus assistidos; 3) produzir, apesar de não portar, um saber e um espaço que definam a sua especificidade como trabalhador; 4) aceitar a ênfase no seu vínculo com as famílias e indivíduos com quem trabalha como substitutos do vínculo institucional que lhe assegura a permanência e outros direitos trabalhistas; 5) a precariedade do seu vínculo empregatício como elemento que favorece o seu comprometimento, identificação e defesa dos direitos da sua comunidade face às suas necessidades da saúde, diante das autoridades deste setor³⁰. Vale considerar, por outro lado, que essas exigências carecem da probabilidade de um “florescimento” que se opere no sentido de dentro para fora desses sujeitos, superando a normatividade, no exercício crescente de uma prática técnica e ideológica, que se traduzam no desenvolvimento de uma consciência sanitária nas equipes, nos gestores e nos grupos sociais usuários dos serviços.

Para esse florescimento, é crucial o fato de o ACS não possuir um saber peculiar que demarque um rol de atribuições e um espaço que lhe confira identidade em relação aos demais trabalhadores da equipe. A sua configuração como um intelectual na forma em que está idealizada somente se dará numa relação ativa resultante da articulação complexa desse trabalhador com os outros materializados na equipe, nos gestores e nos usuários, e com o meio.

Porém, a relação com os outros e com o meio, não se apresenta tão simples como pode parecer porque o ACS não entra em relação com os outros por justaposição, isto é, por força da norma, mas organicamente, à medida que passa a fazer parte de organismos, dos mais simples aos mais complexos. Da mesma forma que os homens e mulheres não entram em relação com a natureza pelo fato de serem eles mesmos constituintes da natureza, mas ativamente por meio do trabalho e da técnica. Logo, essas relações não são mecânicas, seriam ativas e conscientes, na medida do nível de entendimento que delas tenham os ACS, seja no plano individual ou coletivo³¹.

Ademais, é necessário levar em conta que, como já foi afirmado, se o ACS constitui historicamente um trabalhador que se especializou no trato com os pobres e excluídos, a equipe de saúde do PSF também tem trilhado um caminho semelhante e, salvo experiências que deram mostras da eficácia e da potencialidade dos dois programas como reorientadores das práticas de atenção à saúde, o que se apresenta de maneira expressiva, de uma forma geral, são equipes incompletas, marcadas pelo corporativismo dos médicos, enfermeiros e odontólogos. Tais profissões e seus anseios corporativistas se recusam a desmonopolizar o saber; infantilizam o ACS como trabalhador e permanecem num *modus facciendi* muito próximo do modo como funcionava, nos seus primórdios, a saúde comunitária, guardados os avanços tecnológicos e organizacionais característicos dos nossos tempos.

Estes fatos nos falam das relações sociais de trabalho do ACS, nas quais estes homens e mulheres se constroem, constroem o outro, transformam a realidade. Este movimento, em que o próprio ACS é um processo em si, nos sugere que se os desejos e determinações contidos no corpo normatizador da ação deste trabalhador não lhes são adversos, são, pelo menos, inconsistentes com o seu agir prático, que o constitui como sujeito.

Estes fatos sugerem, também, que as definições oficiais sobre o que é um ACS podem incidir em uma falsa ou irreal divisão do trabalho, cujas decorrências apontariam para o deslocamento da dimensão educativa das práticas de saúde, no nível básico da atenção à saúde, para este profissional, apesar de ser esta uma função de todo o trabalhador de saúde. Mas, sabendo-se que esta seria uma estratégia de investir o ACS na condição de intelectual orgânico, articulado aos grupos sociais com quem convive e no seio do qual desempenha a sua função, caberiam ainda algumas questões: 1) Por que

somente ao ACS, componente mais vulnerável da equipe, é cobrada a retomada da função de educador, nos moldes do intelectual orgânico? 2) Quem educaria o educador (ACS), se nas próprias equipes não há consenso sobre o papel desse trabalhador e da própria equipe como um todo? 3) Será que, na ausência de uma ação radical direcionada e intencionada para a totalidade do SUS e na tentativa de politização de uma única categoria de trabalhador, não estaríamos voltando ao passado, reassumindo uma assistência para pobres? 4) Uma vez bem sucedidos nesse intento, ao liberarmos os demais componentes da equipe da organicidade no processo de trabalho, não estaríamos incidindo na reiteração desses trabalhadores na posição de intelectuais tradicionais, cuja principal característica seria uma ação emanada da condição do poder técnico sobre as questões da saúde e sobre os grupos sociais usuários da rede pública de atenção à saúde?

Em outras palavras, enquanto o ACS é investido da atribuição de articulação equipe/grupos sociais usuários, aos demais componentes da equipe estaria reiterada a função de interlocução “estado/grupos sociais”, agora instrumentalizados no monitoramento dos indivíduos, famílias e comunidade, num contexto de violência estrutural, quando a família dos pobres e excluídos ressurge como espaço de intervenção por excelência.

Por outro lado, se aceitamos que todo o ser humano é um intelectual, visto que esta é uma condição inerente à sua humanidade e capacidade de pensar a si, o outro e o ambiente, em termos sociais esta função somente tem sentido quando exercida por um ator coletivo, visto que a sua ação se traduz na sistematização de uma realidade e na homogeneização de grupos sociais específicos em favor dos quais essa realidade é traduzida³¹. Isto posto, e na ausência ou distanciamento do Movimento Sanitário no espaço problematizado do PACS/PSF, o coletivo detentor da função de intelectual somente poderia ser constituído pela equipe. O deslocamento dessa função para a figura do ACS sugere-nos uma “divisão política” artificial do processo de trabalho, que não funcionaria na ausência de formas especialíssimas de articulação de estruturas, tecnologias, atos e procedimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, será necessário que o ACS seja reafirmado como componente da estratégia mais ampla de construção do SUS, sem que se abra mão dos seus princípios, uma vez que o processo

de implantação do PACS/PSF no Brasil entrecruza com os desafios institucionais de consolidação do modelo de atenção integral à saúde da família, de forma que se nos antepõe a necessidade de reflexão sobre: 1) a expansão e estruturação de uma rede de unidades básicas de saúde que permita a atuação das equipes na proposta da saúde da família; 2) a contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com reforço das estruturas gerenciais nos municípios e estados e dos seus compromissos com a consolidação do SUS; 3) a elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais frequentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos Contextos estaduais, municipais e locais; 4) ações que visem o fortalecimento das estruturas gerenciais nos municípios e estados nas atividades de programação da atenção básica, supervisão das equipes, supervisão dos municípios, supervisão regional e uso das informações para a tomada de decisão; 5) revisão dos processos de formação com ênfase na educação permanente das equipes, gestores e grupos social usuários, o que pressupõe uma articulação com as instituições formadoras para promover mudanças no currículo dos cursos da saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção; 6) a definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção; 7) a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da atenção básica.

Precisamos incorporar também a dinâmica histórica como condição de uma reinvestida radical rumo ao SUS que necessitamos, pois é a historicidade dos fatos que formata os contextos, as instituições, as suas conformações materiais e imateriais. Neste momento, os aspectos organizacionais abstratos comandam as formulações e encaminhamentos para o SUS, que, por extensão, culminam em orientar os encaminhamentos referentes ao PACS/PSF e à “formação” do ACS. Se aceitarmos que a essência estabelecida para a ação do ACS é o seu compromisso ético/político e se, nessas condições, pretendemos erigi-lo como ponto de partida para as novas orientações em direção ao SUS, é preciso que aprendamos com o passado e nos convençamos de que a construção do SUS não se viabilizará pela construção de “ilhas de politização” como no caso do ACS.

Entendemos que a implementação do SUS impõe um movimento de re-politização geral desse processo no qual um novo ator, nos moldes do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, suja com a capacidade política necessária para novos investimentos a partir de tudo aquilo que já percorremos em termos de avanços tecnológicos, organizacionais, de complexidade da atenção, e relações sociais entre equipes, gestores e grupos sociais usuários. Ainda que respeitemos o PACS e o PSF como estratégias em evolução, e que uma equipe se constitui na coordenação de atribuições e competências diferenciadas, o movimento de repolitização do SUS e, conseqüentemente, a repolitização da equipe de saúde, nos diz que esse movimento só se dará no restabelecimento da organicidade da equipe junto aos grupos sociais usuários da rede de saúde. Isto é, a equipe como um todo em aliança com esses mesmos grupos, reconstrua o seu foco, os seus saberes, os seus poderes no plano técnico, político e administrativo.

REFERÊNCIAS

1. Foucault, M. *Microfísica do Poder*. RJ: Graal, 1979.
2. Mazza, MMPR. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 1994.
3. Sousa, M.F. *Agentes Comunitários de Saúde: Choque de povo*. SP: HUCITEC. 2001.
4. Silva, J.A da e Dalamaso. A S. Whitaker. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. RJ: FICO-CRUZ, 2002. Sousa, M.F. *Agentes Comunitários de Saúde: Choque de povo*. SP: HUCITEC. 2001.
5. Stralen, C.J. A participação comunitária em programas de extensão de cobertura de serviços de saúde. SP: XV Congresso de Higiene, 1977.
6. Freedhein, S.B. Por que menos sinos dobram no Ceará: O sucesso de um Programa de Agentes de saúde Comunitário no Ceará – Brasil. Tese de Mestrado apresentada no Instituto de Tecnologia de Massachussets- USA, 1993.
7. Lunardelo, S.R. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. 2004.
8. Trapé, C. A. A prática Educativa dos Agentes Comunitários do PSF à luz da categoria práxis. Dissertação

- apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. 2005.
9. Brasil, 2001. Ministério da Saúde. A Implantação da Unidade de Saúde da Família / Milton Menezes Org. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, DAB, 2000.
 10. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF), 1994.
 11. Gramsci, Antonio. Os intelectuais e organização da Cultura. RJ.: Ed. Civilização Brasileira. 1982. 4ª. Edição.
 12. Semeraro, G. Gramsci e a sociedade civil: cultura e educação para a democracia. RJ: Editora Vozes. 2001.
 13. Gonçalves, R.B.M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas e do processo de trabalho na rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. SP: CEBES/UCITEC. 1994
 14. Rosen, G. Da Polícia Médica à Medicina Social: Ensaio sobre a história da assistência médica. RJ: Edições Graal Ltda. 1980.
 15. Defoe, D. A Journal of the Plague Year: observations or memorials of the most remarkable occurrences as well public as private, which happened in London during the last great visitation, in 1665. Middlesex, UK. Penguin Books, 1970.
 16. Tolos, JB. Ciência, sociedad y planificación territorial em la institución del lazareto. Tesis de Doctorado. Universitat de Barcelona. Programa de Doctorado Pensamiento Geográfico y Organización del territorio. Facultad de Geografía e Historia. 1994.
 17. Foucault.M. O Nascimento da Clínica. RJ.: Graal, 1972.
 18. Rosen, G. Uma História da Saúde Pública. SP: Ed. UNESP / UCITEC / ABRASCO, 1994.
 19. Illich, I. A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina. RJ: Editora Nova Fronteira S.A. 1974.
 20. Ferreira, LO. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). História, Ciência e Saúde -Manguinhos 6 (2): 331-351. 1999.
 21. Cunha, AZS. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. IN Ciência e Saúde Coletiva. RJ:ABRASCO. 2002.
 22. Lima, JTF. Risco de urbanização da febre amarela no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1 (3): 377-384. 1985.
 23. Mehry, E.E. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas, SP: Papyrus, 1987.
 24. Mendes, E.V. A evolução histórica da prática médica. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP. 1985.
 25. Donnangelo, M.C. Medicina e Sociedade. SP: Pioneiras. 1975
 26. Pellegrini, F.A. et al. Medicina Comunitária, a questão urbana e marginalidade social. IN Guimarães, R. Saúde e Medicina no Brasil, contribuição para um debate. RJ: Graal, 1978.
 27. Sader, E. Quando novos personagens entram em cena: experiências e luta dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980. RJ: Paz e Terra, 1988.
 28. Rosas, E. J. A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil: PIASS – análise de uma experiência. Dissertação de Mestrado. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, 1981.
 29. Escorel, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. RJ: Ed. Fiocruz, 1998.
 30. Nogueira, R. P. et als. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – O Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério do Planejamento/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2.000.
 31. Gramsci, Antonio. Concepção Dialética da História. RJ. Ed. Civilização Brasileira S/A 1987. 7ª. Edição.
 32. Pires, D. O saber e as práticas de saúde no Brasil e a sua apropriação pela Medicina e pela Enfermagem Institucionalizadas. SC:UFSC. Dissertação de Mestrado em Sociologia Política. 1988.
-