

AGENTES DE SAÚDE AMBIENTAL (ASA) E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) NA CIDADE DO RECIFE: POR QUE ATORES DE UMA POLÍTICA LOCAL AGEM TÃO DISTANTES?

BEZERRA, A.C.V.¹
BASTOS, P.F.¹
BITOUN, J.²

¹Mestrando em Geografia da UFPE
anselmo_cesar@yahoo.com.br

¹Mestranda em Geografia da UFPE
felixbastos@yahoo.com.br

²Professor Adjunto da UFPE
jbitoun@terra.com.br

Este trabalho tem por objetivo discutir as diferenças entre a gestão dos Programas de Saúde Ambiental (PSA) e de Saúde da Família (PSF) na cidade do Recife, no que tange as práticas espaciais dos Agentes de Saúde Ambiental (ASA) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando entender os fatores que os distanciam e os aproximam. Como aporte teórico baseou-se no entendimento de espaço formulado por Santos (1997), e em discussões mais específicas sobre a relação entre o território e esses programas (BEZERRA, SOARES & BRASILEIRO, 2004; PEREIRA & BARCELLOS 2006). Para isso, realizou-se um resgate da concepção do ideário dos citados programas, através de uma revisão bibliográfica e pesquisa documental, além da realização de entrevistas com atores dessas políticas, agentes e gestores. Como resultados, obtiveram-se dois quadros, um primeiro referente às diferenças de concepção e estrutura na criação dos programas, e outro relacionando às práticas espaciais e a gestão territorial. Observou-se que, embora gerenciados pela mesma estrutura administrativa, Secretaria de Saúde do Recife, descentralizada em seis Distritos Sanitários (DS), essas políticas não são integradas, mas sim atuam de maneira vertical e fragmentada. Notou-se que os agentes herdaram práticas espaciais de programas anteriores, especialmente o PSA, que ainda possui muitas características dos programas de controle de endemias. Diagnosticou-se que com a criação do PSA em 2001, alguns ACS sentiram-se desprestigiados, pois as atenções da Secretaria de Saúde centraram-se no novo programa que surgia, inclusive com um apoio logístico muito forte. Do ponto de vista da gestão do território, os programas adotam formas diferentes na territorialização de seus agentes. Enquanto os ASA buscam atuar sobre o universo de imóveis do Recife, os ACS trabalham apenas em algumas áreas da cidade e tem o domicílio como unidade de visita. Mesmo com bases territoriais e lógicas de intervenção distintas, essas políticas têm por premissa maior, a melhoria da qualidade de vida da população. Portanto, considera-se de extrema relevância um maior intercâmbio entre os programas, pois uma vez articulados, gerariam diagnósticos mais precisos sobre a saúde da população recifense, e conseqüentemente teriam mais subsídios para agir sobre os riscos ambientais, suas causas e conseqüências.

Palavras-chave: Agente de Saúde Ambiental, Agente Comunitário de Saúde, Recife.

ENVIRONMENTAL HEALTHCARE AGENTS (ASA) AND HEALTHCARE COMMUNITARY AGENTS (ACS) IN CITY OF RECIFE: WHY DO ACTORS OF A LOCAL POLICY ACT SO DISTANT?

This article aims to discuss the differences between the Environmental Healthcare Program (PSA) and the Family Healthcare Program (PSF) in City of Recife, focusing on the factors that approach and distanciate spatial practices of Environmental Healthcare Agents (ASA) and Healthcare Communitary Agents (ACS). The theoretical bases were the comprehension about geographic space from Santos (1997), and the relation between these programs and the territory (BEZERRA, SOARES & BRASILEIRO, 2004; PEREIRA & BARCELLOS 2006). The methodology used was a literature and documental research review of the main concept ideas from the mentioned programs and an information gathering through interviews with agents and managers of these policies. The results show two tables, the first connect at differences of conception and structure in the foundation these programs, and the other referring at spatial practical and territory management. Although managed by the same administrative structure – Recife’s Health General Office (Secretaria de Saúde do Recife), which is decentralized in six Sanitary Districts (DS) – these policies are not integrated, they act in vertical and disintegrated mode. The agents inherited spatial practices of past programs, especially the Environmental Healthcare Program that still maintain many characteristics of endemy control programs. It was identified that with the foundation of Environmental Healthcare Program in 2001, some Health Communitary Agents felt unprestiged, because attention of Health General Office turned to the new rising program, including a strong logistical support. From the point of view of territory management, the programs adopt different forms in agents territorialization. While the Environmental Healthcare Agents try to act in all real estates of city, the Communitarians Healthcare Agents work only in some places of the city and have the home like visit unit. Even with different territorial bases and methodological work, these policies have as main purpose the improvement of the population life quality. Therefore, is extremely relevant a stronger interchange between these two programs because it would result in more accurate diagnoses about the conditions of health of the population from Recife and consequently generate more subsidies to act on environmental risk, their causes and consequences.

Keywords: Environmental Healthcare Agents, Healthcare Communitary Agents, Recife.

AGENTES DE SAÚDE AMBIENTAL (ASA) E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) NA CIDADE DO RECIFE: POR QUE ATORES DE UMA POLÍTICA LOCAL AGEM TÃO DISTANTES?

BEZERRA, A.C.V.¹

BASTOS, P.F.¹

BITOUN, J.²

¹Mestrando em Geografia da UFPE
anselmo_cesar@yahoo.com.br

¹Mestranda em Geografia da UFPE
felixbastos@yahoo.com.br

²Professor Adjunto da UFPE
jbitoun@terra.com.br

Introdução

Este trabalho tem por objetivo discutir as diferenças entre a gestão dos Programas de Saúde Ambiental (PSA) e de Saúde da Família (PSF) na cidade do Recife, no que tange às práticas espaciais dos Agentes de Saúde Ambiental (ASA) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando entender os fatores que os distanciam e os aproximam. Percebe-se, cada vez mais, a importância da geografia, na avaliação, planejamento e gestão das políticas de saúde, especialmente aquelas que têm como foco de atuação, o uso do território. Sendo assim, os programas aqui discutidos apresentam uma gama de situações passíveis de análise e discussões, pois, torna-se necessário compreender, porque políticas geridas numa mesma esfera administrativa, executadas por atores tão semelhantes e com objetivos similares atuam, muitas vezes, de modo tão desarticulado?

As reflexões aqui apresentadas são os primeiros resultados, fruto da integração de duas pesquisas distintas, uma referente ao PSF no Recife e outra ao PSA na mesma cidade, ambas discutem a relação entre os programas, seus atores e a questão espacial. A partir das diferenças e semelhanças identificadas pelos autores, observou-se a relevância em apontar algumas notas sobre a integração e fragmentação desses programas na esfera local, sempre se remetendo ao espaço enquanto mediador desses processos.

Num primeiro momento, analisou-se de forma geral a estrutura dos dois programas, concepção e prática, obtendo como resultado um quadro explicativo referente às características dos ACS e ASA. Numa segunda fase, centrou-se na relação entre o trabalho desenvolvido pelos agentes e a questão espacial, modelos de territorialização e convivência com o lugar. Por fim, apresentam-se algumas conclusões que sintetizam os fatores que fragmentam e integram essas políticas e seus atores.

Metodologia

Para subsidiar as reflexões teóricas baseou-se no entendimento de espaço formulado por Santos (1996, p.50), e em discussões mais específicas sobre a relação entre o território e esses programas (BEZERRA, SOARES & BRASILEIRO, 2004; PEREIRA & BARCELLOS 2006). A compreensão do conceito de espaço geográfico, muitas vezes, não faz parte do cotidiano dos gestores e agentes dessas políticas, embora seja de fundamental importância para uma operacionalização adequada dos programas.

Também se realizou um resgate da concepção do ideário dos citados programas, através de uma revisão bibliográfica e pesquisa documental. Além da realização de entrevistas com os agentes de saúde (comunitários e ambientais) e os gestores dos programas.

Para guiar as discussões, foram construídos dois quadros baseados na pesquisa documental e trabalho de campo, que apontam de forma resumida, os principais eixos de discussão desta pesquisa.

Resultados e Discussões

Aspectos Gerais dos Programas de Saúde da Família e de Saúde Ambiental

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu com o objetivo de transformação dos paradigmas da prática de políticas de saúde pública, priorizando a humanização na saúde através de uma ação direta na família e na comunidade na qual está inserida. Este programa constitui uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e prevenção da saúde, tanto a nível individual quanto coletivo.

Iniciou-se a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve como objetivo a reorganização da prática assistencial adequada às novas diretrizes e critérios adotados pelo SUS.

“O PSF foi implantado, em 1995, atuando na incorporação dos princípios básicos propostos pelo SUS, que são: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade” (BRASIL, 2001). Entretanto, vale destacar que os ACS no Recife, não atuam em todas as localidades, apenas nos bairros e comunidades prioritários à promoção em saúde. Em média, cada equipe do PSF deve atender de 800 a 1000 famílias. A composição dessas equipes tem, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários.

Em relação ao PSA, configura-se numa política local voltada para abordar os problemas de saúde vinculados ao meio ambiente na esfera jurisdicional do Recife, diferentemente do PSF, atuante em escala nacional. O início do PSA se deu no final do ano de 2001 e início de 2002.

A estratégia da Secretaria de Saúde foi estabelecer uma ruptura com a situação anterior de gerenciamento na vigilância ambiental, caracterizada pela centralização, verticalização e desarticulação entre os programas de controle da dengue, filariose e zoonoses. A nova proposta foi guiada pela universalidade (todos os bairros devem ser atendidos); equidade (considerando as desigualdades intra-urbanas no risco de adoecer e morrer); integralidade (ações articuladas com outros órgãos municipais, estaduais e federais); descentralização (três níveis gerenciais: central, distrital e local, com coordenação, planejamento, supervisão, e execução das ações articuladas no espaço do município).

A estratégia do modelo atual prevê como principal ator, o Agente de Saúde Ambiental, vinculado a um território, executando ações de vigilância ambiental, educação e informações dirigidas ao meio físico-biológico (fauna, água, solo) e social (habitação).

Numa análise sintética podem-se observar algumas diferenças estruturais entre os principais atores do PSF e PSA (Quadro 1).

Quadro 1 Características dos ACS e ASA e respectivos Programas

Características	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Agentes de Saúde Ambiental (ASA)
Difusão do Programa e Atuação do Agente	Escala nacional	Escala local, embora outros municípios tenham adotado programas semelhantes.
Escolaridade exigida	Inicialmente, saber ler e escrever. Com a Lei nº. 10.507/2002, passou a ser exigido o Nível Fundamental	Nível Médio
Pré-requisito para o trabalho	Ser morador da comunidade onde trabalha há no mínimo dois anos	Não precisa residir na comunidade
Objetivo das ações	Atuação sobre a saúde da família (o indivíduo como foco)	Atuação sobre os riscos ambientais à saúde (o ambiente como foco)
Forma de ingresso	Contratação através de indicação via Associações Comunitárias locais. Após 2001, via Seleção Pública	Seleção Pública
Perfil dos Gestores dos Programas	Formação mais voltada para áreas de: Medicina, Enfermagem, Saúde Coletiva e Epidemiologia	Formação mais voltada para áreas de: Biologia, Veterinária, Engenharias, Saúde Coletiva e Epidemiologia
Perfil da Supervisão	Médicos e Enfermeiros	ASA com características de liderança e eficiência nas ações

Fonte: Levantamento de dados/Secretaria de Saúde do Recife.

Conforme o quadro acima nota-se algumas questões centrais interessantes ao debate. A primeira delas refere-se à abrangência do Programa e o próprio conhecimento da população sobre os agentes, isto, em parte, decorrente do tempo de atuação destes profissionais, enquanto o ACS tem quase duas décadas de serviços prestados as comunidades, o ASA está em seu sexto ano. A sigla ACS é conhecida nacionalmente por estar associada a um programa de abrangência nacional, o PSF. Todavia, a sigla ASA ainda é pouco entendida pela população, que conhece o agente do PSA como o “agente da dengue”, o que remete às práticas tradicionais de controle de endemias, desconhecendo-se as propostas inovadoras idealizadas pelos gestores do programa.

Outro ponto que merece destaque refere-se ao nível de escolaridade exigido para o ingresso na profissão. Por que o ACS está condicionado a possuir o nível fundamental e o ASA o nível médio, se as ações são tão semelhantes? Será uma questão de ordem financeira ou uma decisão política setorial? Isso interfere, inclusive, nas disparidades entre os vencimentos dos agentes, ocasionando tensões entre eles.

O pré-requisito de ser morador da comunidade, no caso dos ACS, talvez seja a diferença mais marcante, que implica em vários desdobramentos no dia-a-dia dos agentes. No caso do PSA, após o processo seletivo, tentou-se adaptar uma estrutura parecida com a dos ACS, contudo, não de caráter obrigatório, o agente poderia optar se queria trabalhar no seu bairro ou não, e muitos agentes decidiram por não trabalhar em suas comunidades.

A estabilidade de ambos na esfera da administração pública foi algo que sempre provocou conflitos entre agentes e gestores. Todavia, a situação melhorou com a aprovação da Lei Federal nº. 11.350/06, cujo objeto trata da efetivação de agentes de saúde (comunitários e ambientais) junto aos quadros administrativos nos quais atuam. Até a promulgação dessa lei, os agentes encontravam-se em situação vulnerável, pois a seleção pública para o provimento das funções não garantia a estabilidade de funcionários efetivos.

Na esfera do gerenciamento e supervisão dos Programas, conforme o quadro acima, constatou-se que as diferenças na formação dos gestores e supervisores implicam conseqüências de ordem operacional. Pois, de um lado há um maior respeito hierárquico (PSF), e do outro existem maiores conflitos internos (PSA).

O ACS e o ASA em sua atuação territorial

Para Barcellos e Rojas (2004, p.42), a discussão em torno da operacionalização do território nas políticas de saúde torna-se cada vez mais importante, visto que o reconhecimento desta

categoria visa identificar e interpretar a organização e dinâmica das populações que nele habitam, as condições de vida da população, e as diferentes situações ambientais que os afetam. Para eles, em geral, os governos locais têm dificuldade para criar instrumentos que revelem estas desigualdades e, portanto, estabelecer ações para reduzi-las ou eliminá-las.

Em relação ao PSF, Pereira e Barcellos (2006, p.48) apontam diferentes sentidos no processo de territorialização: “um primeiro refere-se à demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; um segundo ao reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e por fim, ao estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência”. O território é, portanto, um ente complexo.

Numa abordagem voltada para o PSA, Bezerra, Soares e Brasileiro (2004, p.325) analisam a concepção do território por parte dos agentes e gestores do programa, verificando que existe um discurso simplista desses atores em considerar o território apenas como a área delimitada de atuação de cada agente. Porém, vale ressaltar, que assim como o PSF e suas diferentes práticas territoriais, o PSA também as desenvolve, e o entendimento dessas práticas na sua complexidade poderá promover uma interpretação adequada do território.

Deste modo, qual o real sentido da atuação desses agentes no território? Fernandes (1992, p.137) realiza uma discussão sobre Agentes de Saúde em comunidades urbanas, na qual faz esse questionamento. Seria apenas para minimizar a deficiência do Estado, no que concerne um atendimento mais especializado, ou trata-se realmente de uma política que visa promover a saúde da população através de um método preventivo/educativo, mais simples e barato, e que vem demonstrando eficiência em vários locais?

Buscando entender qual a relação entre o funcionamento dos Programas, as práticas dos agentes e a questão espacial, é necessário compreender o espaço geográfico não como uma planície isotrópica, onde não existem diferenciações entre os objetos. Ou então, pensar o espaço como mero receptáculo de número e informações, dessa forma, desprezar-se-ia o caráter dinâmico e interativo dos componentes que o constituem como um “conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá.” (SANTOS, 1996, p. 50).

Essa reflexão sobre a questão do espaço torna-se importante, pois diversas vezes no planejamento e gestão de políticas de saúde o entendimento a respeito do espaço é negligenciado, acarretando erros que vão desde a má aplicação dos recursos públicos ao distanciamento entre o discurso e a prática, nas tentativas de dar efetividade às diretrizes do SUS, como a universalidade e a equidade.

As práticas territoriais adotadas pelos programas e respectivos agentes são diferentes. Não se contesta neste trabalho essa diferença, pois se sabe que objetivos diferentes devem guiar práticas diferentes, entretanto, cabe questionar por que não há integração dos programas quando se trata da espacialização dos atores e planejamento das ações. Através das entrevistas, identificou-se que não existe ação política no sentido de integrar o ACS e o ASA atuantes numa mesma comunidade; essa aproximação existe, mas é realizada de acordo com os interesses dos próprios agentes e varia de localidade para localidade.

Não há um acompanhamento sistemático da esfera gerencial sobre a troca de informações entre os agentes, e as potencialidades que uma real integração possa trazer. Ambos diagnosticam e informam sobre os problemas de saúde de seus respectivos territórios, mas não há retorno das informações coletadas, como forma de avaliar e (re)planejar ações, especialmente pela ineficiência dos sistemas de informação alimentados.

Abaixo, um segundo quadro que trata das questões ligadas ao espaço e território dos agentes, no qual se registram algumas diferenças e semelhanças na gestão territorial dos Programas (Quadro 2).

Quadro 2 Relação dos ACS e ASA com o Espaço e o Território

Características	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Agentes de Saúde Ambiental (ASA)
Definição do Território	Agrupamento de Domicílios	Agrupamento de Quadras e Número de imóveis
Distribuição de Equipes	Número de famílias	Varia em função do risco sócio-ambiental dos bairros
Sede das equipes	Unidade de Saúde da Família (USF)	Pontos de apoio (PA)
Tipo de distribuição territorial	Divisão por microrregiões (subdivisão dos Distritos Sanitários)	Divisão por bairros e localidades
Foco das Visitas	Domicílios/Família/Pessoas	Imóveis/Ambiente
Tipo de trabalho realizado	Vigilância a Saúde, preventivo e de registro.	Vigilância à Saúde, preventivo e de registro.
Sistemas de Informações alimentados	Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	SIS-PSA (Sistema de Informação em Saúde do PSA) e Sistema Nacional da Dengue.
Operações especiais de trabalho	Apenas em campanhas	Durante campanhas e em áreas classificadas como violentas

Fonte: Levantamento de dados/Secretaria de Saúde do Recife.

Em relação ao quadro acima, verifica-se que, tanto ACS como ASA, possuem uma base territorial fixa, ao contrário do que ocorria com os antigos agentes de endemias que ficavam “migrando” de bairro a bairro. Nesse ponto, a figura do ACS ainda ganha destaque por ser residente da área onde atua. Esse fator dá maior segurança ao agente, pois o credencia como *insider* (pertencente ao território), entretanto aumenta sua responsabilidade como representante do poder público, pois sempre é visto pela comunidade como “âncora” para solucionar diversos problemas. Já o ASA, quando não reside na área, fato geralmente comum, necessita ganhar a confiança das pessoas da comunidade para desenvolver plenamente seu trabalho, pois, *a priori*, é visto como um *outsider*, ou seja, estranho ao território.

Assim, observam-se dois cenários. Por exemplo, as áreas de difícil acesso, conseqüência do tráfico de drogas e da criminalidade impedem, em certas ocasiões, o trabalho dos agentes. Nesses casos, verifica-se o quanto é importante o agente ser morador do bairro, pois dificilmente, há rejeição por parte dos criminosos em relação a quem é de “dentro”, fato característico dos ACS. Em contrapartida, no caso dos ASA, como o trabalho tem um foco muito expressivo no monitoramento dos riscos ambientais, então, o agente, quando não residente na localidade, desenvolve uma maior autonomia em relação às notificações e observações junto aos moradores, pois sabe que não será taxado como “membro chato” da comunidade, mas sim será visto como o agente público que desenvolve seu trabalho. Vários ASA afirmam não se sentirem à vontade trabalhando em suas comunidades, pois sendo conhecidos, muitas vezes, agem com cautela exacerbada na notificação e orientação aos moradores sobre os problemas encontrados.

Em relação à distribuição das equipes nos territórios, os critérios são distintos. ACS são divididos de acordo com o número de famílias da localidade atendida por uma Unidade de Saúde da Família (USF), funcionando também como sede das equipes. Já os ASA, são divididos em função do risco sócio-ambiental dos bairros, e o ponto de apoio das equipes pode ser uma USF, escolas, associações de bairro e até praças públicas.

Outro fator de diferenciação no trabalho e na relação com o espaço é o tipo de atenção durante a visita do agente; enquanto o foco da visita do ACS é a saúde da família residente em um domicílio, o ASA não trabalha apenas domicílios, mas sim os imóveis de maneira geral. Para exemplificar, um terreno baldio não é monitorado pelo ACS, porque não existe morador, mas o é pelo ASA, cujo foco de atuação não são apenas as pessoas, mas principalmente o ambiente e o risco gerado pelo mesmo.

Considerações Finais

A estratégia adotada nesta pesquisa visou reunir informações acerca de dois programas de saúde desenvolvidos na cidade do Recife, cujas características tendem a um fenômeno contraditório de aproximação e distanciamento, especialmente no que diz respeito às suas práticas espaciais. Do ponto de vista da gestão da saúde, a falta de aproximação, seja por motivos pessoais dos agentes, seja por ausência de ações integradoras, deixam de potencializar práticas, que certamente seriam mais eficazes na solução dos problemas em relação à saúde da família e do ambiente.

O modelo de territorialização adotado, embora diferente, poderia ser pensado de forma a integrar os dois programas, articulando a coincidência dos territórios, ou aproximação destes. Desta forma, população, agentes e gestores lucrariam com uma possível sintonia das informações e práticas desenvolvidas em localidades comuns.

A fragmentação e distanciamento entre os dois agentes e respectivos programas, pode ser fruto de pesos diferenciados atribuídos à universalidade e equidade na operacionalização das ações. Porém, supõe-se ser também, a expressão da consolidação de práticas corporativas de organizações que expressam seus compromissos com as diretrizes do SUS, mas vivenciam na prática, a dificuldade de implementá-las, ocasionando esse distanciamento, ao qual o título do trabalho faz referência.

Referências Bibliográficas

BARCELLOS, Christovam; ROJAS, Luiza Iñiguez. *O território e a vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos; SOARES, Fernando Ramalho Gameleira; BRASILEIRO, Robson. A Concepção de Território nas Ações em Saúde Ambiental na Cidade do Recife. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GEÓGRAFOS, 6, 2004, Goiânia: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Geógrafos*, UFG, Goiânia, 2004. p. 323 – 340.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família (PSF)*. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da saúde, 2001.

FERNANDES, João Cláudio L. Agentes de Saúde em Comunidades Urbanas. *Cad. Saúde Pública*, abr./jun., vol. 8, no. 2, p. 134-139, 1992.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O Território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*, jun., vol. 2, no. 2, p. 47-55, 2006. Disponível em: <<http://www.hygeia.ig.ufu.br>> Acesso em: 14 dez. 2006.

SANTOS, Milton. *A Natureza do Espaço - Técnica e Tempo, Razão e Emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.