

Perfil do Agente de Saúde

1 – Aspectos Históricos e Culturais – para a OMS (1.968), o termo "auxiliar", em sua concepção corrente, tem um sentido genérico: refere-se a todo pessoal sanitário de categoria não profissional que ajuda uma pessoa portadora de um título profissional". Segundo esta mesma fonte, um auxiliar, para as Nações Unidas, é entendido como sendo "um trabalhador remunerado que, sem possuir todos os títulos exigidos em uma especialização técnica determinada, colabora com um profissional e atua sob sua direção".

O auxiliar frequentemente leva o nome da categoria profissional que é treinado para ajudar e da qual recebe supervisão. Assim, fala-se em auxiliar de medicina (ou assistente médico ou equivalente), auxiliar de enfermagem, auxiliar odontológico.

Uma análise, ainda que sumária, de como o uso dos auxiliares tem se desenvolvido com o tempo será útil para mostrar a íntima relação existente entre eles e as políticas dominantes em determinados momentos. A discussão dar-se-á em 4 fases: na primeira, far-se-á um histórico da introdução dos "feldshers" na antiga União das Repúblicas Socialistas e Soviéticas (URSS); na segunda, será analisada a introdução de auxiliares em países em desenvolvimento; na terceira, alguns aspectos inovadores da experiência chinesa e de outros países, especialmente os subdesenvolvidos (da América Latina, da África e da Ásia) serão comentados e, por fim, algumas informações sobre a situação atual.

A falta de assistência médica ou a saúde, especialmente para as populações rurais devido a ausência de médicos, levou alguns países do mundo a tentar cobrir esta lacuna, selecionando e treinando pessoas ligadas às próprias comunidades, residentes nelas ou não, mas que de certa forma mantivesse um vínculo com as mesmas.

Em alguns territórios africanos, como no norte da Nigéria por exemplo, há uma grande carência de médicos, existindo apenas um para cada 150.000 habitantes. Esta necessidade existe porque nos países do terceiro mundo paga-se de mal a esses profissionais, além de outros confortos que são oferecidos pelas nações do primeiro mundo, fazendo com que haja uma evasão de cérebros para países com os Estados Unidos, a Inglaterra, França, e outros. Isso representa uma fuga de recursos humanos muito grande para os países terceiro mundistas e uma verdadeira bênção para os serviços de saúde das regiões que os recebem. Há uma saída constante de profissionais exatamente dos países onde se mais precisam deles. Só para termos uma idéia deste fato, no final de 1.967, calculou-se que mais 11.000 médicos formados na Índia tinham saído daquele

país para trabalhar em outros, e que a cada ano continua perdendo aproximadamente 50% dos que se formam. Da mesma maneira, o Sri Lanka perde anualmente 50% dos formados, o Irã 25% e as Filipinas, um número estarrecedor, pois num determinado ano as autoridades tiveram que alugar um estádio de futebol para agrupar todos os médicos que iam fazer os exames de qualificação para trabalhar nos Estados Unidos.

Com isso, a assistência médica que já era deficiente, piorou nesses países, e as autoridades em saúde foram obrigadas a treinar pessoal leigo local para suprir as necessidades básicas em saúde da maioria da população.

Na China, após a chamada Revolução Cultural, existiam 70 mil Comunas Populares, divididas em Brigadas de Produção, que por seu turno se subdividiam em Equipes de Produção. Observou-se que a quantidade de médicos existentes era bastante insuficiente para dar assistência as centenas de milhões de camponeses desassistidos daquelas comunas e houve então, a necessidade de treinar auxiliares médicos para preencher tamanha lacuna. O treinamento do médico descalço ou médico camponês, tornava possível, não apenas aumentar rapidamente o pessoal médico em serviço na zona rural da China, mas também a longo prazo, este processo formar um médico melhor do que o que fazem os métodos tradicionais de instrução. O ideal seria que os médicos fossem inteiramente devotados ao bem-estar comum, que não sejam separados das populações por barreiras econômicas ou classe social, e que possam assistir-lhes às necessidades, de imediato, a médio e a longo prazo.

Na antiga União Soviética, a história do auxiliar de saúde é bastante peculiar, pois desde o início do século XVIII, por volta de 1.700, existem os "Feldshers" militares (barbeiros de campo) que receberam treinamento para fornecer assistência médica ao exército russo. Quando se aposentavam, esses indivíduos, freqüentemente, se estabeleciam em zonas rurais, onde não existiam médicos, e eles se dedicavam ao atendimento da população local. A partir de 1.860, ficou estabelecido um sistema local de governo substituindo o regime de servidão, entretanto, a maioria dos distritos tinha uma situação paupérrima e não podiam pagar os serviços médicos. Na tentativa de equacionar aquela situação, os "feldshers" foram convocados para suprir as necessidades de atendimento as populações.

Há muito tempo na Índia, existe a figura do auxiliar médico, chamado também de médico pratico ou de assistente cirúrgico. Em outros países, o auxiliar de saúde do nível médio era conhecido como assistente médico. De uma certa forma esses sistemas funcionam razoavelmente, pois na prática o que se observava era o ambiente condicionando o trabalho e

não algum esquema especial de ensino médico (algum tipo de pesquisa ou assistência universitária) ou alguma política governamental direcionada para o campo da saúde.

Essa assistência médica foi abandonada em muitos países que conquistaram a sua independência, tentando copiar outros modelos assistenciais, especialmente os do primeiro mundo, porém, agora, até mesmo os países mais desenvolvidos, estão retomando este caminho (processo) e adotando por necessidade, um política de delegação de responsabilidades. Nos Estados Unidos por exemplo, devido o apogeu da especialização médica, existe carência de clínicos gerais, de médicos de família e por isso, estão sendo treinados o pessoal de nível médio para preencher esta lacuna. A escassez de clínicos gerais na Grã-Bretanha por motivos semelhantes ao dos Estados Unidos, levou ao desenvolvimento de Centros de Saúde onde existe delegação de responsabilidades a profissionais de nível médio, como parteiras, técnicos de enfermagem, orientadores de saúde e auxiliares sociais.

Há um certo tempo já se utilizava pessoal médico de formação intermediária, algumas vezes, com diferentes aptidões (funções), integrados as equipes de saúde, na Suécia, na Espanha (recebe o nome de "praticante") e na França, onde o prático da farmácia dá muitos conselhos e tratamentos, e poderia ser comparado ao boticário inglês antigo, que se transformou no clínico geral de hoje. Na Guatemala, houve um treinamento para promotores de saúde com os mesmos objetivos já descritos.

O Brasil tem um experiência extraordinária com o "Guarda da SUCAM", que combateu grandes epidemias como a Peste, a Bóvia, o Tracoma, a Malária, as Leishmanioses, a Doença de Chagas, a Esquistossomose, a Febre Amarela e o Dengue, entre outras.

Finalizando, em qualquer lugar do mundo e recebendo as mais variadas denominações, o agente de saúde deve funcionar como promotores da saúde, especialmente para as populações pobres das zonas rurais e das marginalizadas das periferias das cidades.

2 – Papel do Agente Comunitário de Saúde no Brasil – a saúde, esse bem extraordinário que toda pessoa deveria maximizar esforços para conservá-la, é um dos assuntos mais palpitantes do conhecimento humano. Essa busca pela saúde arrola séculos e milênios, onde sempre se buscou explicações para justificar os fenômenos saúde e doença, binômio praticamente inseparável que acompanha o homem, esse equilibrista situado numa verdadeira corda bamba, tentando sobreviver o maior tempo possível.

Como a saúde é um bem maior e uma coisa que a gente só valoriza quando perde (é necessário perder para saber o valor de ter), é necessário que o trabalhador da saúde seja alguém devotado

de corpo e alma para esta questão, pois alguém já afirmou "*quando se fala em saúde às pessoas, lembre-se em primeiro lugar que a saúde é um assunto do coração*". Concordando com esse prisma e acrescentando mais, o trabalhador da saúde deveria se dedicar a esta tarefa com todo o coração e usando a força da razão para apreender e ensinar a todos os conhecimentos necessários para fomentar a saúde. *Portanto, o agente de saúde possui coração para amar e cérebro que pensa, e assim, ele pode trabalhar amando aquilo que faz e ao mesmo tempo, refletindo, reavaliando e melhorando suas atividades.*

Nesse caso, o agente de saúde teria que necessariamente gostar daquilo que faz e também trabalhasse, se possível em sua própria comunidade. Esta o conheceria e ele estaria vinculado a ela. A comunidade avaliaria e o cobraria, e ele ensinaria os conhecimentos básicos para ela, num processo permanente de engrandecimento e aperfeiçoamento.

O Agente Comunitário de Saúde (dentro do contexto de saúde da família), juntamente com a Equipe de Saúde da Família, Educadores Sanitários e Agentes de Endemias; assim como medidas de Saneamento Ambiental constituirão os pilares essenciais para o desenvolvimento do padrão sanitário de suas comunidades.

Assim sendo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para desenvolver o seu trabalho, precisam de uma capacitação inicial (curso introdutório), bem como o seu aprimoramento, através de mecanismos permanentes de educação continuada.

O treinamento de servidores a nível local possibilita evitar a perda de tempo e de insumos financeiros, e desse modo os agentes de saúde como outros profissionais, podem ser treinados em serviço e assim os trabalhos realizados por eles, não sofrem solução de continuidade.

3 – Atribuições Básicas do ACS – as atribuições básicas dos ACS possibilitam uma análise qualitativa de suas ações evidenciando um perfil profissional que concentra cerca de 72% de suas atividades nas áreas de promoção da saúde e prevenção de doenças, 14% na área de planejamento da atenção, 11% nas áreas de recuperação e reabilitação, e somente 3% nas áreas de acompanhamento e avaliação. O ACS possui um papel de captar as demandas da Comunidade e desenvolve meios para que essas demandas sejam ouvidas pela a Equipe de Saúde da Família e possam traduzir-se em ofertas de ações e serviços de forma orgânica.

O ACS tem o papel de promotor da qualidade de vida na comunidade onde trabalha e sua atuação se dar através de visitas domiciliares organizações de grupos específicos e de redes de

apoio, e produção de informações sobre saúde e qualidade de vida da população. São profissionais que vivem dentro da própria comunidade na qual trabalham e têm, por tanto, laços familiares e de amizade nessa comunidade. Essa última característica faz com que o mesmo possa ter acesso a informações de relações privilegiadas para atuação da equipe de saúde. Poderiam dizer que os ACS são os membros da equipe que estabelecem a relação mais íntima com a comunidade, construindo um canal entre os serviços de saúde e a população, sendo, portanto indispensáveis para implementação da Estratégia Saúde da Família dentro dos seus princípios.

Portanto, um treinamento adequado para os ACS, principalmente na área de prevenção das enfermidades e promoção da saúde, é importante para que o mesmo consiga contribuir para a transformação da realidade social de nossas comunidades.

4 – Conhecimentos Necessários ao Agente de Saúde:

4.1 – Conhecimento da comunidade como um todo, compreendendo os seus costumes, hábitos e tradições, seu modo de vida, aspectos culturais e o nível de socialização de todos.

4.2 – Conhecimento da comunidade no que diz respeito a seus problemas e necessidades básicas, priorizando as principais ações que podem ser desenvolvidas e sugerir possíveis soluções.

4.3 – Ter conhecimentos e compreender a Higiene Geral, Educação Sanitária e Saneamento Ambiental, a fim de repassá-los para a Comunidade, objetivando evitar as doenças e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida das populações.

4.4 – Ministrando ensinamentos para a população alvo sobre as doenças mais comuns da região, bem como outras no que diz respeito às várias fases da vida como, gravidez, primeiros anos de vida, pré-escolar, escolar, adolescência, maturidade e senectude.

4.5 – Atender o chamado de doentes onde for necessário, de acordo com as condições locais, ou seja, em sua própria casa, na Unidade Básica de Saúde ou em qualquer outro lugar.

4.6 – Tentar resolver os problemas possíveis e aqueles impossíveis, dando o devido encaminhamento, ou seja, o possível está feito e o impossível se faz depois.

4.7 – Saber diferenciar uma doença comum de outra mais grave e promover o devido encaminhamento.

4.8 – Possuir uma mente aberta, inquisitiva e receptiva a novas sugestões, evitando rejeitar as tradições locais.

4.9 – Ser um elo entre a população local e a equipe de saúde que trabalha na área.

4.10 – Trabalhar com os grupos específicos de pacientes: gestantes, lactantes, adolescentes, tuberculosos, hansenianos, diabéticos, hipertensos e outros, conscientizando-os e estimulando-os a procurar à devida assistência.

4.11 – Saber toda a estatística local: número de habitantes, de nascimentos, de óbitos e mudanças (migrações) na comunidade.

Portanto, o agente de saúde deveria ser alguém que se identificasse de uma forma abrangente com a sua comunidade.

Nota – este texto é, na realidade, uma breve introdução, por isso queremos esclarecer aos interessados no assunto, que para obter o texto na íntegra (total), basta solicitá-lo, que atenderemos todos os pedidos e enviaremos o mesmo pelos Correios e Telégrafos; portanto, entre em contato conosco através dos nossos telefones ou email.

À Direção.

Maceió, Janeiro de 2.012

Autor: Mário Jorge Martins.

Prof. Adjunto de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Mestre em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Médico da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).