

3

Os agentes comunitários da saúde: uma referência

“A nossa luta é todo dia, saúde não é mercadoria!”

Autor anônimo.

Frase de protesto proferida em passeata do Fórum Social Mundial.

Porto Alegre, 2005.

Antes de tratar mais profundamente do agente comunitário da habitação saúde se faz necessária uma análise referente à política de saúde em que este agente está inserido, assim como o contexto de criação e implementação desta política, bem como dos resultados da mesma.

3.1.

As propostas da política de saúde

A política municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro segue as diretrizes da federação que versam sobre as práticas em saúde. A transição das décadas 80 para 90, como na esfera da habitação, trouxe uma série de mudanças nas diretrizes das políticas sociais à medida que, como já apresentado, a implementação da constituição de 1988 traz para a legalidade uma série de direitos sociais.

Na esfera da saúde, esta implementação traz consigo a disputa de dois processos societários diferenciados, conforme nos apresenta Mendes: “um portador de nítida hegemonia, o projeto neoliberal e, outro, contra-hegemônico, a Reforma Sanitária” (Mendes, 1990, p. 20).

O projeto vinculado a Reforma Sanitária traz em seu bojo a mudança do modelo de atenção à saúde flexneriano¹ para um representado pelas premissas da integralidade e universalidade desta atenção, tendo estas premissas a partir da Constituição de 1988, maior expressividade (Mendes, 1990; Mattos, 2003; Mioto e Nogueira, 2006; Cecílio, 2001, e Fleury, 1996). O Movimento de Reforma Sanitária ocorreu em meados dos anos 80 e caracterizou-se como um movimento de redemocratização interior, gerido na esfera de saúde, com propostas baseadas no entendimento da saúde enquanto direito social universal a ser garantido pelo Estado. Estas propostas foram consagradas em 1986 no relatório da VII Conferência Nacional de Saúde, conformando o projeto de Reforma

¹ O modelo cunhado de flexneriano é aquele ancorado na prática sanitária da atenção médica, onde há um predomínio da prática da atenção médica focada em ações curativas (Mendes, 1990).

Sanitária Brasileira que teve como eixos: a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a compreensão da determinação social do processo saúde-enfermidade, através do conceito ampliado de saúde; e a reorganização do sistema de atenção com a criação do Sistema Único de Saúde (Giovanella e Fleury, 1996)

A integralidade é um conceito base contido no movimento de Reforma Sanitária. O movimento questionava o poder médico (o ato médico) e a centralidade das práticas de saúde na doença e reforço da mesma (Mattos, 2003; Fleury, 1996; Cecílio, 2001), isto é, defendia-se a integralidade com um universo de significados relacionados a “atributos e valores de algumas práticas de saúde, de alguns modos de organizar os serviços de saúde, e de algumas políticas de saúde” (Mattos, 2003, p. 46).

Portanto, quando se pensa a integralidade e a transição dos dois modelos se nota que o movimento social pela saúde teve em sua agenda o compromisso com uma integralidade tocante a articulação entre medidas preventivas e assistenciais nas práticas de saúde.

Prevenção relacionada à proposição de ações voltadas a evitar o sofrimento provocado pela doença. Assistência significando não só a identificação e cura da doença que causa o sofrimento de cada sujeito, e aplicação de tecnologias de combate a esta doença, mais também focada na percepção das necessidades de saúde dos usuários. A conjugação destas práticas, segundo o Movimento, poderia determinar a mudança do quadro social de uma doença (Mattos, 2003).

Mattos destaca ainda duas ações fundamentais para a percepção destas necessidades: a ausculta e escuta da fala dos usuários, ou seja, o autor expressando as idéias contidas no Movimento de Reforma Sanitária aposta não só na mudança dos investimentos na política, mas em um novo perfil de profissionais que trabalhem a saúde mais focados na fala e discurso dos usuários.

Profissionais no plural, por que como já referenciado, o questionamento do poder médico traz para o seio do Movimento a luta pela implementação de uma equipe multiprofissional que verse não só sobre os aspectos biológicos dos pacientes, mas também sociais, nutricionais e políticos.

O movimento questionava ainda a centralização na formulação das políticas de atenção a saúde, o autoritarismo e verticalização das implementações destas políticas, daí seu segundo pilar ser a universalidade.

A universalidade representa, segundo o Movimento, não só a condição igual de acesso aos serviços de saúde, mas a possibilidade da população intervir na formulação

das políticas de atenção a saúde, dirimindo o autoritarismo das práticas e possibilitando a horizontalização destas (Fleury e Giovanella, 1996).

Os resultados da pauta de luta do Movimento de Reforma Sanitária são percebidos na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). A legislação SUS prevê todas as idéias contidas no Movimento o que nos põe o desafio de torná-la realidade à medida que na prática a agenda neoliberal do Estado impossibilita investimentos que viabilizem as novas perspectivas das práticas de saúde.

Percebe-se assim, que a concepção contextual em que se insere o agente comunitário da saúde é diferenciado do da habitação, à medida que na saúde valores humanísticos são privilegiados na luta pela acesso a participação popular via figura do agente comunitário. Ele é a figura que visa permitir o entendimento da dinâmica territorial de forma a garantir um acesso mais universal aos serviços de saúde, mas o conceito de acesso universal é questionável.

Fleury e Giovanella (1996) nos atenta para a deturpação do conceito de universalidade à medida que ocorre uma “universalização excludente”. As camadas médias desistem do SUS e preferem investir em planos privados de saúde já que é questionável a qualidade dos serviços públicos. Segundo a autora vivemos uma reedição da cidadania regulada.

Para melhor entender a fundamentação deste conceito é melhor realizarmos uma rápida evolução histórica das diferentes respostas do Estado diante das necessidades de saúde da população.

3.2.

As diferentes respostas do Estado para a saúde

Assim, como na política habitacional, as respostas governamentais para as demandas postas pela sociedade sobre o tema saúde trouxeram para o histórico brasileiro um diferenciado número de instituições com diversificadas respostas relacionadas às práticas de saúde.

Nos anos 20, a política de assistência à saúde estava vinculada à previdência social, estando relacionadas à criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) por empresas. Era obrigatória aos CAPs a prestação de serviços médicos. O Estado financiava então parte do serviço já que oferecia subsídios aos CAPs. Ao Ministério da Saúde cabia apenas a implementação de ações preventivas através de campanhas sanitárias, assumindo, na área de assistência médica, somente as funções de criação e

manutenção de grandes hospitais para enfermidades crônicas (Fleury e Giovanella, 1996; Mendes, 1999).

Assim, os direitos médicos prestados a população eram mediados pela categoria profissional em que o cidadão estava inserido, Giovanella e Fleury salientam que:

A constituição da Política Social brasileira nestes moldes inscreveu-se num processo de obtenção de direitos sociais de caráter particularista: de cidadania regulada (Santos, 1979). Neste padrão os direitos sociais foram alcançados em função da categoria profissional, sendo a condição de cidadão subordinada à importância que cada ocupação adquire no mercado (Giovanella e Fleury, 1996, p 179).

Mendes (1990) ressalta que as CAPs² eram financiadas, organizadas e administradas pelos empresários e trabalhadores e que a organização e prestação dos serviços dos institutos de aposentadorias correlatos aos de saúde só acontece em 1963 quando os CAPs se tornam Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS). Somente neste momento que ocorre a institucionalização por categorias profissionais, que anteriormente era apenas empresarial. É neste momento também que o Estado passa a participar do financiamento junto aos trabalhadores e empresários.

Mendes, Giovanella e Fleury destacam ainda que neste período houve a ampliação do número de beneficiados à medida que foi regulamentado o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural, 1963. Os trabalhadores rurais são inclusos no sistema previdenciário mediante contribuição individual, assim como mais tarde os trabalhadores domésticos também passam a ser cobertos.

Em 1964 a previdência social brasileira foi unificada, sendo criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Instituto foi uma resultante do regime burocrático-autoritário implantado no Brasil neste período e teve como ação principal à exclusão dos trabalhadores do processo de gestão, além de uniformizar os benefícios em um processo de centralização sob o controle estatal. (Giovanella e Fleury, 1996).

Burocracia-autoritária esta que perpassou tanto a política de saúde como a habitacional já que, como visto anteriormente, este período foi marcado pela continuidade das remoções de favelas paralela a ações de voltadas para o Desenvolvimento de Comunidade com grande caráter de controle da população.

A capitalização, no caso da política de saúde, ocorreu pela consolidação de um modelo de assistência à saúde, fundado em ações médico-hospitalares que privilegiavam a contratação do setor privado. As ações possuíam um caráter privatista e

² Mendes (1990) salienta ainda que a Lei Eloy Chaves é quem regulamenta a criação das CAPs em 1923, e até 1930 estas eram apenas 47 sendo cobertos apenas 142464 beneficiários.

excludente, já que priorizavam as contratações de serviços do setor privado, principalmente os relacionados a serviços médicos hospitalares, e vinculavam o direito a assistência à contribuição prévia Giovamella e Fleury, (1996).

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) que conforma o modelo de atenção à saúde da década de 70. O SINPAS ratificou o modelo hospitalocêntrico, médico curativo, individual, assistencialista e especializado que estimula o desenvolvimento de um complexo médico-industrial (Mendes, 1990).

Este viés da política de atenção à saúde teve sua continuidade na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Sua função era garantir a expansão da população beneficiária e a centralização administrativa. O INAMPS se estruturou no seguinte tripé: o Estado como financiador do sistema através da previdência social; o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica; e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos (Mendes, 1990).

Em 1978 a proposta internacional de maior investimento em cuidados primários acordada pela Alma-Ata convém à realidade brasileira que viu nesta perspectiva uma forma de desenvolver e expandir a modalidade assistencial de baixo custo para contingentes populacionais, excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, especialmente para os que viviam nas periferias e nas zonas rurais (Mendes, 1990).

Neste sentido é interessante destacar que a política habitacional possui relação com esta demanda pela expansão da saúde já que a interiorização da cidade para a periferia, a partir principalmente da remoção de favelas e criação de conjuntos habitacionais, foi vinculada a criação de postos médicos de saúde paralelos à implementação do desenvolvimento de comunidade (Bravo e Matos, 2001). As autoras destacam ainda que neste momento a política de saúde encarava a participação popular como o engajamento do paciente ao tratamento.

A proposta do investimento em cuidados primários se relacionou diretamente a:

Concepção estreita de um programa, executado com recursos marginais de regiões marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação, sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação popular (Mendes, 1990, p. 28).

Este modelo focado na atenção primária a saúde nada tem a ver com o empregado na luta do Movimento de Reforma Sanitária já que neste primeiro momento esta atenção primaria não significa uma estratégia destinada a apropriar, recombina, reorganizar e reorientar todos os recursos do setor de saúde para satisfazer as

necessidades de toda a sociedade. Contudo, a Reforma por vez se inicia questionando e pensando a partir das idéias centrais contidas na Alma-ata (Mendes, 1990).

A década de 80 foi marcada pela crise econômica e redemocratização do país, ingredientes estes que permitiram a discussão e modificação de diversas práticas, inclusive de saúde. Isto porque foram conjugadas as práticas racionalizadora do Estado, devido à crise, com a entrada em cena de novos atores sociais que pressionam o Estado por políticas sociais mais eqüitativas. Contexto este correlato ao da Reforma Sanitária, Giovanella e Fleury (1996).

Assim, em 1983, o Estado promove o programa Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas versavam sobre a descentralização relacionada à mudança de função do INAMPS. Agora os estados e municípios são os responsáveis pela prestação dos serviços de saúde e o INAMPS se responsabiliza apenas pelo controle e co-financiamento do sistema de saúde colocando em prática a racionalização da instituição em vias de diminuir custos e tornar o processo de universalização do atendimento mais eficaz e ágil. (Mendes, 1990).

Mendes destaca como pontos negativos das AIS a agudização dos mecanismos de “administração convenial”, onde os recursos foram concentrados em prioridades e restrições impostas, segundo interesses da União reforçando uma tecnoburocracia federal. O autor ainda salienta a que as AIS acabam por institucionalizar o Movimento de Reforma Urbana o fragilizando junto ao meio acadêmico, além de permitir a expansão de intermediações clientelistas entre as bancas federais situacionais.

Os fins clientelistas expressos pela descentralização da política pública da esfera federal também foram expressivos na política habitacional. Valladares ressalta que desde a década de 60, os movimentos de intervenção em favelas versavam muitas vezes sob uma ótica de encarar estes espaços como currais eleitorais (Valladares, 2005).

Minha experiência junto ao programa Favela-Bairro ratificou esta premissa, me fazendo crer que descentralização pode favorecer a maior percepção das demandas locais, todavia facilita a criação e ratificação de currais eleitorais espacializados.

No fim do convênio, em outubro de 2007, a ONG CIEDS era responsável apenas pela supervisão técnica de 38 Agentes Comunitários da Habitação, sendo que a equipe contratada pela instituição era composta por 123 Agentes. A diferença (85 agentes, ou seja, aproximadamente 69% da equipe) era alocada para fins diversos da prefeitura, incluindo campanhas eleitorais.

Durante as eleições para deputado federal ocorridas em 2006, toda a equipe foi mobilizada para ajudar nas atividades eleitorais, cabendo a equipe técnica da ONG se ater durante este período ao planejamento de ações futuras a serem trabalhadas junto à equipe.

As questões eleitorais não pararam por aí, estas chegaram a abalar a promoção integral da qualidade de vida dos habitantes dos espaços que sofriam a intervenção urbanística devido à rivalidade de partidos. Enquanto a Secretaria de Meio-ambiente pertencia a um determinado partido, a Secretaria de Habitação era de outro.

Este foi e é um tema muito delicado para ser trabalhado. Ele perpassou toda minha inserção na equipe e na ONG CIEDS sendo o discurso de todos sobre esta temática sempre muito reticente. Deixo estas questões para o capítulo V desta pesquisa, onde relacionarei minha experiência ao discurso dos profissionais envolvidos.

O movimento de descentralização das políticas de saúde seguiu com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987. Era o fim das AIS. Mendes destaca o SUDS como:

Estratégia institucional que procurava agilizar o processo de descentralização, fortalecer o setor público, desestabilizar o INAMPS com a conseqüente ruptura dos anéis burocráticos previdenciários, enfraquecer o segmento privado contratado e reforçar o segmento privado filantrópico (Mendes, 1990, p. 44).

A instituição não vai adiante devido a conflitos políticos, a superestima a contratação de serviços do setor privado e a manutenção da ótica da assistência médica individual, o que reforçou os mecanismos de universalização excludente e práticas clientelistas e corporativistas. Contudo, trouxe consigo ganhos como o processo de municipalização da saúde, além do fim da concentração de ações a partir do INAMPS (Mendes, 1990).

Em 1989/90 a lei No. 8080 é criada dispondo das condições de promoção, proteção e recuperação da saúde a partir do prisma de direitos garantidos pela Constituição de 1988. É esta a lei que regulamenta o SUS e traz para as práticas de saúde os princípios da Integralidade e Universalidade (Mendes, 1999).

Sendo que para corroboração destes princípios é necessária a adoção de novas práticas de saúde que se relacionam à idéia da saúde como dever do Estado, a municipalização da política, a concepção de uma equipe de atenção multiprofissional e a convocação a participação comunitária (Mendes, 1999; Cecílio, 2001; Nogueira e Mioto, 2006).

Ressalto, todavia que os autores mencionados e lidos que tratam a temática da reforma sanitária não fazem referência à participação da população dentro do escopo do Movimento de Reforma Sanitária, o que me fez concluir que este teve como atores principais os próprios profissionais de saúde. A participação só é trabalhada pelos autores a partir da implementação do SUS.

Esta implementação é notoriamente um processo lento, já que a prática dos princípios do SUS não é facilitada à medida que vivemos em um contexto onde uma política de ajusta fiscal e racionamento de investimentos em políticas sociais (o projeto neoliberal) se faz presente nas ações governamentais (Bravo e Matos, 2001; Mendes, 1990, 2004; Cecílio, 2001).

Este é o contexto de crise apresentado tanto para a política de saúde como para a habitacional. Entretanto, cabe a realização de uma diferenciação importante. É a diversa natureza que as políticas de saúde e habitação possuem. Isto porque saúde e habitação são encaradas a partir da Constituição de 1988 como dever do Estado, mas historicamente a habitação se relaciona à propriedade privada ligada fortemente ao direito positivo cabendo ao Estado promover apenas a segurança desta (Pereira, 2001) enquanto a saúde pode ser encarada como pertencente à gama de direitos sociais.

Questões relacionadas à lei de mercado favorecem ainda mais a diferenciação das políticas já que a especulação imobiliária se relaciona a produção e distribuição desigual da riqueza, ou melhor, a apropriação do lucro por alguns (Gomes, 2005).

Não quero aqui cair no senso comum, mas refletir sobre a relação direta do solo/habitação com a propriedade privada. Cabe ao indivíduo, a partir do liberalismo e revoluções burguesas, ser capaz de lutar e comprar a sua propriedade, a sua terra, enquanto ações sanitárias e segurança da população são de alguma forma égide da ação estatal desde a Idade Média, tão logo os ganhos e encaminhamentos das políticas voltadas para saúde e habitação apesar de possuírem diretrizes e contextos semelhantes em muitos momentos históricos possuem natureza de luta e ganho diferenciados.

Contudo é importante destacar que dentre as conquistas do Movimento de Reforma Sanitária não estão apenas à legislação do SUS, mas também a criação de conselhos de saúde paritários que permitem que a população participe no controle e gestão das práticas de saúde com direito a voto decisório junto aos profissionais e gestores dos serviços (Bravo, 1999, 2001).

Assim, no campo da saúde as demandas da população podem se fazer mais evidentes junto ao poder público o que pode representar uma participação mais legítima,

com maiores continuidades, enquanto no campo da habitação as discontinuidades participativas se fazem mais do que presentes principalmente se pensarmos na figura do Agente Comunitário da Habitação com seu vínculo contratual instável e único representante possível das demandas da população junto ao poder público.

Todavia, é importante perceber se as demandas da população se fazem de fato representadas pelos conselhos e pela figura do Agente Comunitário de Saúde. Os estudos referentes às percentagens de participação nos conselhos e a dinâmica dos mesmos são extensamente estudados pela professora e assistente social Maria Inês de Souza Bravo (1999, 2001) não cabendo neste momento nos atermos a sua estrutura, já que o objeto desta pesquisa se relaciona com outro ganho também tocante a participação popular, a do Agente Comunitário de Saúde (ACS). É a política de saúde a primeira a se utilizar deste ator em seus quadros.

As questões postas por esta participação dentro das práticas de saúde serão mais bem analisadas a seguir.

3.3.

A referência representada pelos agentes comunitários de saúde

O estudo de Giffin & Shiraiwa (1991), relatado no artigo “O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos” descreve e analisa experiência piloto de inserção de Agentes Comunitários na implementação de políticas públicas. O exemplo em estudo é o programa de saúde elaborado pela Escola de Saúde Pública da Fiocruz, no bairro de Manguinhos da cidade do Rio de Janeiro em 1989. Este material nos permite ter uma referência inicial para a estruturação do nosso trabalho sobre o papel dos Agentes Comunitários do Programa Favela-Bairro.

No estudo realizado três aspectos chamam a atenção. Em primeiro lugar os autores observam que, para um efetivo comprometimento com trabalho a ser realizado, o Agente Comunitário deveria ser remunerado. Além disso, eles analisam e discutem a idéia de substituição das atribuições do Estado, já que o Agente representa a constituição de mais um braço no serviço público existente. Finalmente, os autores apontam para as vantagens da multidisciplinaridade, na medida em que o Agente é capaz de “passar para a comunidade” os saberes médicos com uma linguagem adaptada às necessidades e características específicas da mesma.

A incorporação de Agentes Comunitários de Saúde ao sistema público de saúde do país, em seu início, se mostrou polêmica. Isto porque sua incorporação trouxe consigo alguns determinantes e condicionantes relacionados à precariedade da assistência primária à saúde; a demanda social por empregos, e a questões referentes a uma equipe multidisciplinar. Questões estas postas em xeque pelo projeto neoliberal (Bravo e Matos, 2001; Mendes, 1990, 2004; Cecílio, 2001).

Todavia o objetivo de tal inserção foi o de contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. Sendo a opção aqui pela mediação de projetos já sugerida por Faleiros (1997), ou seja, o quadro neoliberal traz restrições para a implementação do SUS, mas também foi neste mesmo contexto que a legislação surgiu representado ganho, já que o programa agente comunitário trouxe consigo a inovação de levar para o espaço de execução de uma política pública cidadãos comuns que, dentro deste espaço, podem expressar quais são as demandas referentes à saúde impostas por suas realidades.

O programa se consolidou a partir de 1998, como estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde que prioriza ações pautadas nos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da co-responsabilização e da equidade, priorizando grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, ou seja, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2003; Trad & Bastos, 1998).

O Programa Saúde da Família foi pensado como mecanismo de rompimento do comportamento passivo das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo, composto pela família e a comunidade (Chiesa & Fracoli, 2004; Ministério da Saúde, 2003). Logo, a equipe, além de contar com os Agentes Comunitários, é composta por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que, ou morem, ou conheçam a dinâmica dos locais em que trabalham (equipe multiprofissional).

Composição esta fortemente criticada por Mendes (2004) e Bravo *et alli* (2001) a medida que representam uma deturpação do ideário inicial do projeto Agentes Comunitários pela agenda neoliberal a medida que esta composição representa uma desqualificação e não uma qualificação da atenção primária.

A função do Agente na política pode ser compreendida a partir do próprio texto do relatório do Ministério da Saúde³, que destaca que um dos benefícios de contar com os Agentes Comunitários foi a ampliação do número de atendidos, assim como a focalização das demandas específicas de cada paciente. Também são reconhecidos como benefícios desta inserção: o atendimento a uma demanda reprimida (Tomita, 2004); a construção e avaliação coletiva do programa de atenção à saúde (Tomita, 2004); a possibilidade de adaptações do programa a realidade local (Giffin & Shiraiwa, 1989); o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes e a comunidade local (Nunes; Trad; Almeida & Homem e Melo, 2002); a autopromoção das mulheres atingidas (agentes e clientes) (Giffin & Shiraiwa, 1989); a democratização do saber médico (Giffin & Shiraiwa, 1989); e o fomento da participação política da comunidade organizada (Giffin & Shiraiwa, 1989).

No artigo “Programa de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde”, Levy, Matos & Tomy (2004) destacam o duplo papel exercido pelos ACS: o de elo entre a equipe de saúde e a comunidade, e o de elo cultural: “que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular” (Levy, Matos & Tomy, 2004, p. 11).

Em “O agente de saúde (ACS): construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico” Nunes; Trad; Almeida & Homem e Melo (2002) também entendem o ACS como um ator responsável pelo diálogo eficiente entre os referenciais biomédicos e o saber referente às práticas de saúde do bairro. Isto porque, entre as atribuições do ACS, está a orientação das famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde e o ato de informar aos demais membros da equipe do PACS sobre a dinâmica social da comunidade. As mesmas autoras também chamam atenção para a interlocução que o ACS promove entre os saberes biomédicos da própria equipe técnica.

Sendo reconhecidamente importante para a implementação efetiva de políticas públicas, importa saber: quem é o Agente Comunitário de Saúde?

Além de serem moradores das comunidades, estas pessoas são escolhidas por demonstrar grande habilidade política; uma relativa autonomia na resolução de problemas, e facilidade de trânsito na comunidade. Os mesmos são, geralmente, indicados pela Associação de Moradores e selecionados a partir de uma entrevista (que

³ http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/saude_familia_brasil.pdf, Acessado em 31 de março de 2007.

busca aferir as qualidades mencionadas acima) e uma prova escrita de português e matemática.

Logo, o perfil esperado do ACS é destacado por Giffin & Shiraiwa como sendo: “... mulher, de preferência mãe, moradora da área, tendo pelo menos 21 anos, o Primeiro Grau completo e disponibilidade para 40 horas de trabalho semanais” (Giffin & Shiraiwa, 1989, p. 14). Os mesmos autores destacam que a predileção pelas mulheres ocorre devido à metodologia proposta para a prática educativa, que se estrutura na discussão da vivência própria, como base do processo educativo transformador.

Assim, os ACS encontram-se no limiar entre a comunidade e o organismo institucional representado pela prática da atenção primária a saúde. Esta mediação não só instrumentaliza o cidadão comum para execução de uma função - a de ACS - mas também o traz para uma esfera de participação na execução de uma política e de fomento a reflexões, por parte da comunidade, sobre os seus direitos, na medida em que, por exemplo, discute com a mesma os assuntos específicos que facilitam sua percepção destes direitos e fortalece a capacidade de discussão e defesa daqueles.

Portanto, o ACS pode ser encarado como um agente social das novas ações voltadas para a sustentabilidade das cidades, já que ele representa a força do local na elaboração e execução de políticas públicas na atualidade e o investimento nos saberes e práticas da população como forma de desenvolvimento de política públicas. Neste sentido, compreender o papel dos Agentes Comunitários da Habitação inseridos no programa Favela-Bairro é crucial para discutir os avanços e/ou retrocessos da participação popular na política habitacional da cidade do Rio de Janeiro.

A partir da discussão sobre identidades de resistência de Castells (1999), podemos dizer que população pobre participou da política de ocupação do solo urbano? E se o fez, esta participação se deu apenas através das lutas de resistência? O objetivo deste trabalho é discutir as novas formas de participação popular nas políticas públicas de habitação, não apenas a partir da perspectiva econômica, mas, principalmente, a partir da configuração da identidade individual e coletiva dos Agentes Comunitários. O que desejamos é entender a sua relação com outras formas de participação popular, bem como a sua influência sobre os atuais processos participativos.