

VOLUNTÁRIOS DE SAÚDE – MITO OU REALIDADE?

Elementos preliminares da avaliação de nove anos de experiência no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, Rio Grande do Sul

Dinalva Scaravaglione¹, Eleonor M. Coroilli²
Regina R. Witt³, Tania Ranieri⁴

SCARAVAGLIONE, D. et alii. Voluntários de saúde – mito ou realidade? Elementos preliminares da avaliação de nove anos de experiência no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4):262-269, jul./dez. 1984.

RESUMO. De 1974 à 1983, 140 voluntários foram formados no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo. Os autores descrevem a origem, evolução, objetivos, operacionalização, método pedagógico e conteúdos desenvolvidos no treinamento. Analisa-se a repercussão da formação a nível do voluntário, sua família, comunidade e serviços de saúde. A obtenção de um emprego e de valorização pessoal constituem a principal motivação da procura do programa. Há predominância do exercício de tarefas curativas e uma relativa resistência de membros das equipes de saúde em reconhecer o papel do voluntário. São discutidos, em conclusão, os limites e as possibilidades de programas de treinamento dessa ordem.

ABSTRACT. From 1974 to 1983 the Murialdo Community Health System has graduated 140 volunteers. The authors describe the origin, evolution, objectives, operationalization, educational methods and contents developed in the training. Repercussion of training on the volunteer and his family, on the community and on health services are analysed. Attainment of a job and personal valuation are main motivation for searching the program. Medical activities predominate over others. Relative resistance of health team members in recognizing volunteers role is observed. Concluding, limits and possibilities of this kind of training program are discussed.

-
1. Enfermeira, Coordenadora do Programa de Treinamento de Voluntários de Saúde, Sistema de Saúde Comunitária Murialdo. Rua Vidal de Negreiros, 443. 90000 Porto Alegre, RS.
 2. Médica, Doutora em Desenvolvimento Econômico e Social, Mestre em Saúde Comunitária, coordenadora do Serviço de Saúde Pública. Sistema de Saúde Comunitária Murialdo.
 3. Enfermeira, especialista em Saúde Comunitária.
 4. Enfermeira, Serviço de Enfermagem, Sistema de Saúde Comunitária Murialdo.

INTRODUÇÃO

A década de setenta se caracteriza pela procura generalizada de soluções para a crise do setor saúde. Discute-se a importância de desenvolver novos modelos de prestação de serviços tais como serviços básicos de saúde, medicina simplificada, saúde comunitária, cuidados primários de saúde.

Apesar da multiplicidade de termos e conceitos, todas estas proposições relacionam-se com projetos de reorganização de sistemas de saúde até então voltados para a medicina tecnológica, hospitalar e especializada. Sem nenhuma dúvida, a formação adequada de recursos humanos constitui um aspecto crucial na implantação de projetos dessa ordem. A proposta de formar novos tipos de agentes de saúde, entre os quais o voluntário de saúde da comunidade, deve ser analisada situando-a dentro desse contexto.

Diversos são os relatos de experiências realizadas no âmbito nacional e internacional nesse sentido. Desde a já amplamente divulgada formação dos médicos de pés descalços na China, são exemplos também interessantes os projetos realizados na Venezuela, Niger (DJUKANOVIC)⁶, Filipinas (PAZ)¹¹, Moçambique¹² e Índia (JOBERT)⁸.

No Brasil, existem relatos de experiências de treinamento de curiosas, visitantes e agentes de saúde para zona rural e urbana (NETTO⁹, DELLATORRE⁵, FERREIRA⁷). Documentos da VII Conferência Nacional de Saúde⁴, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde)² e, mais recentemente, o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social¹ insistem na importância do treinamento de pessoal para serviços básicos de saúde inserido numa política global de desenvolvimento de recursos humanos para o setor. Na maior parte das vezes, privilegia-se o treinamento de pessoal de nível elementar e médio selecionado nas comunidades onde deverá atuar.

Se por um lado é inegável que a emergência dessas propostas responde à necessidade de garantir e de estender a cobertura dos serviços a custos reduzidos, ela contém igualmente elementos de uma desprofissionalização dos serviços sócio-sanitários.

O agente de saúde não é um profissional, mas um indivíduo da comunidade que após receber uma formação específica exerce atividades remuneradas ou não, geralmente a tempo parcial. O voluntário de saúde constitui um tipo específico

de agente que se caracteriza por exercer suas atividades de forma não-remunerada. Portanto, parece haver nas atuais políticas de saúde uma tendência de transferir saber para não profissionais envolvidos com suas comunidades e de considerar a própria população como sendo o principal recurso humano para as ações de saúde.

Nesse sentido, os programas de formação de agentes de saúde* poderiam significar não apenas um treinamento de mão-de-obra de baixo custo para o exercício de tarefas às vezes desagradáveis e pouco valorizadas mas, uma tentativa de transferir saber em benefício das comunidades favorecendo sua maior autonomia. Estaríamos, nesse caso, face à uma mudança política na estrutura dos serviços da saúde na medida em que se promoveria uma repartição do saber e do poder.

Portanto, inúmeras são as questões que emergem da proposta de formar voluntários de saúde. Elas compreendem interrogações de caráter mais imediato e concreto tais como: de que forma é organizado e como funciona um programa de treinamento de voluntários? Quem são os indivíduos da comunidade que se dispõem a seguir este tipo de treinamento e como são selecionados? Quais são os resultados obtidos num programa dessa ordem? Mas, compreendem também a reflexão sobre as reais possibilidades da transmissão de conhecimentos e de sua utilização pela população bem como sobre os limites das propostas de modificação na estrutura de poder dos serviços de saúde sem que hajam modificações na estrutura social.

Este texto analisa nove anos de experiência em treinamento de voluntários de saúde realizado no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, no Rio Grande do Sul.

Na primeira parte são apresentadas as características gerais do Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, passando-se em seguida à descrição específica do programa: origem e evolução do treinamento, objetivos, operacionalização, método pedagógico e conteúdos desenvolvidos. Discute-se em conclusão os principais limites e possibilidades de um programa dessa ordem, a partir dos dados obtidos na experiência, complementando-os com elementos assinalados em trabalhos semelhantes.

* Denominados seguidamente de formas variadas tais como: agente de saúde comunitária, agente polivalente elementar, agente local de saúde, trabalhador de saúde comunitária, visitante de saúde pública, visitante sanitário e voluntário de saúde.

O SISTEMA DE SAÚDE COMUNITÁRIA MURIALDO

O Sistema de Saúde Comunitária Murialdo é um projeto desenvolvido desde 1973, pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, visando melhorar as condições sócio-sanitárias de populações residentes na periferia de Porto Alegre. Os dados do último recenseamento (FIBGE, 1980) mostraram um total de 77.162 habitantes na área, sendo que um número importante de famílias são migrantes de zona rural ou de outras vilas populares.

Originando-se numa unidade sanitária que fornecia assistência médica essencialmente curativa nos moldes clássicos, o projeto Murialdo é iniciativa de um grupo de profissionais visando implantar e experimentar um novo modelo de prestação de serviços. Esse modelo deveria ser suficientemente simples, eficaz e flexível para poder ser utilizado em outros locais e em diferentes contextos sócio-sanitários. Deveria igualmente permitir a experimentação e o treinamento de um novo tipo de pessoal de saúde fornecendo assim uma alternativa no âmbito da formação de recursos humanos. Decide-se nessa ocasião por implantar um Sistema de Saúde Comunitária (BUSNELLO),³ iniciando-se, assim, um processo de mudança organizacional na estrutura clássica da unidade. A organização dos cuidados primários, considerada a etapa fundamental no estabelecimento de um sistema dessa ordem, torna-se a meta imediata do projeto.

Atualmente, os cuidados primários de saúde são fornecidos em pequenos centros (postos avançados), localizados numa zona com cinco a dez mil habitantes. Para esta população geograficamente definida, dirigem-se as ações da equipe de saúde que aí trabalha, denominada equipe primária. Essa equipe é constituída de um médico geral comunitário, três a quatro auxiliares de saúde e de um número variável de pessoal em treinamento, inclusive voluntários da comunidade.

O trabalho visa a prevenção e o tratamento de problemas de saúde mais comuns e prevalentes através de atendimentos individuais e em grupos, visitas domiciliares e atividades de organização comunitária (primeiro nível de atenção). O Sistema de Saúde Comunitária Murialdo é constituído por nove postos avançados, funcionando a antiga Unidade Sanitária como o segundo nível de atenção. Nesse nível situam-se a administração, os serviços de manutenção e os seguintes serviços especializa-

dos: medicina interna, ginecologia-obstetrícia, pediatria, enfermagem, saúde mental, saúde pública, serviço social, odontologia, laboratório para exames complementares simples, serviços de urgência.

É neste contexto, e ainda durante a fase de implantação do projeto, que inicia-se em 1974, o Programa de Treinamento de Voluntários de Saúde da Comunidade.

ORIGEM, EVOLUÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA DE TREINAMENTO DE VOLUNTÁRIOS DE SAÚDE

Origem e evolução de treinamento – voluntários para ajudar uma equipe primária ou voluntários para auxiliar uma comunidade?

No segundo semestre de 1974, a equipe IV do Sistema de Saúde Comunitária Murialdo foi a primeira a se instalar fora da sede central, desenvolvendo suas atividades junto à comunidade, onde, de forma mais acessível, passou a atender a população de sua área.

Estando mais próxima da população, ocorreu o aumento da demanda, sentindo-se a necessidade do acréscimo de pessoal profissional para o desenvolvimento das atividades do posto, além de um maior envolvimento equipe-comunidade através do treinamento do pessoal da área, que passou a denominar-se Treinamento de Voluntários de Saúde. Esta atividade, ainda limitada, treinou pessoal em conhecimentos práticos e em cuidados primários de saúde, realizados no posto avançado e em visitas domiciliares junto à comunidade.

Em 1977, o treinamento passou a ter uma coordenadora pertencente ao serviço de enfermagem tendo sido estruturado sob forma de um programa executado integralmente nas equipes primárias até o ano de 1979. A partir dessa data, a coordenação do treinamento sentiu necessidade de centralizar a formação teórica dos voluntários das diversas equipes na unidade sanitária. Este novo enfoque ao treinamento permitiu a integração e a utilização mais racional dos recursos e maior troca de experiências entre os participantes, promovendo assim uma socialização da figura do voluntário.

Não somente para auxiliar a equipe nem apenas para auxiliar a comunidade, a origem do programa de treinamento de voluntários parece corresponder à confluência do aumento da procura de

serviços e escassez de recursos com a necessidade e maior integração da equipe com a população.

Objetivo e operacionalização do treinamento

O objetivo do treinamento foi estabelecido como sendo o de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam aos voluntários serem agentes de mudança na comunidade, prestar assistência de saúde às famílias, auxiliar no desenvolvimento de programas prioritários do sistema de saúde comunitária, servir de ligação entre a população e a equipe de saúde e estimular a participação da comunidade nos cuidados de saúde.

A seguir é descrito o funcionamento das principais etapas da operacionalização do treinamento.

Recrutamento

O recrutamento do candidato é realizado na comunidade e na equipe primária. A divulgação do treinamento é feita através de cartazes no posto avançado, bares, clube de mães, grupos (sala de espera, vizinhança, auto-ajuda etc.), entrevistas com pacientes, visita domiciliar e demais atividades da equipe no posto. Para ser voluntário são necessários idade mínima de quinze anos, ser alfabetizado, e ser um morador da área cuja família possui prontuário no sistema. Não há restrições pela ocupação exercida pelo candidato desde que lhe permita cumprir as atividades formalizadas.

Quem escolher e como escolher?

Nos primeiros treinamentos de voluntários, o processo de seleção tinha como método uma entrevista realizada por comissão composta pelo médico de família, um membro do serviço de saúde mental e a coordenadora do programa. O objetivo desta entrevista era pesquisar a aptidão do candidato para realizar sua função, conhecer sua motivação, grau de interesse e envolvimento com a comunidade. Também era feita uma visita domiciliar com o objetivo de conhecer as condições ambientais e o meio familiar do candidato.

Atualmente, baseado na experiência anterior e no progressivo aumento de candidatos, este processo seletivo formal foi eliminado. A seleção tem-se realizado naturalmente ao longo do curso — muitos se inscrevem, alguns participam e poucos concluem. O candidato preenche uma ficha de inscrição elaborada de forma a ser simples e acessível na qual constam dados mínimos de iden-

tificação e as razões pelas quais procura o treinamento. Assina igualmente uma declaração que exige a Secretaria da Saúde o Sistema de Saúde Comunitária de qualquer vínculo empregatício.

Método pedagógico

O treinamento tem um enfoque teórico-prático com uma carga horária total de 140 horas assim repartidas: três meses de atividades na unidade central e três meses de estágio na equipe primária do posto avançado da zona de moradia do voluntário. Participam do treinamento, técnicos do serviço de enfermagem e dos demais serviços especializados, residentes das diversas áreas (medicina, enfermagem, veterinária, psicologia, serviço social) e auxiliares de saúde, responsáveis por atividades de ensino segundo cronograma estabelecido pela coordenação do treinamento. A utilização de todas as categorias de recursos humanos, inclusive de pessoal em formação (residentes), é coerente com a prática estimulada no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, no qual o processo ensino-aprendizagem é considerado como uma atividade a ser desenvolvida de forma contínua e onde todos devem treinar todos.

Tarefas práticas tais como aplicação de injeções, vacinas, verificação da pressão arterial e temperatura, são desenvolvidas através de preparação dos alunos para o aprendizado da tarefa (importância, objetivos a serem atingidos), demonstração pelo instrutor das operações acompanhadas de conhecimentos teóricos essenciais, execução dirigida das tarefas pelos alunos e estágio supervisionado. Este estágio, desenvolvido nos postos avançados, tem por finalidade avaliar o aprendizado e o comportamento do aluno em serviço. O médico geral comunitário que coordena a equipe primária e o residente de enfermagem, tornam-se responsáveis pela supervisão do estágio dos voluntários em cada posto avançado.

A avaliação do aprendizado é feita de forma contínua durante todo o período de treinamento. A verificação do conteúdo teórico realiza-se através de provas objetivas, frequência e participação do aluno às aulas. Para avaliação do aprendizado prático, utiliza-se uma ficha de registro de atividades, que deve ser entregue para avaliação mensal. Todos os membros da equipe primária avaliam o voluntário em atitudes, conhecimentos e habilidades, fazendo uso para registro dos conceitos, de uma ficha de avaliação devidamente elaborada para esse fim.

Os candidatos que concluírem o programa recebem um certificado com o conceito global obtido pelo voluntário.

Objetivos pedagógicos específicos e conteúdos desenvolvidos

Pretende-se que, ao final do treinamento, o voluntário desenvolva conhecimentos, habilidades e atitudes sobre os seguintes assuntos:

Sistema de saúde comunitária

Distinguir um sistema clássico de um sistema comunitário;

Definir o que é um sistema, reconhecendo as inter-relações entre domicílio, posto avançado, unidade sanitária, hospital comunitário;

Definir equipe primária, enumerando seus componentes;

Definir voluntário de saúde;

Definir equipe especializada.

Cuidados primários e atendimento de problemas considerados prioritários pelo sistema

Deverá aprender a diagnosticar e tratar as doenças mais comuns e encaminhar aquelas que necessitam cuidados especializados. Para isso precisa:

Aprender a conduzir uma entrevista com um paciente que tenha vindo ao posto;

Analisar informações contidas no prontuário de família que auxiliam na conduta a tomar;

Ter noções simples de anatomia e nomenclatura médica (conhecer termos, tais como impetigo, escabiose);

Fazer um exame físico simples: temperatura, pressão, observação da respiração;

Saber orientar as seguintes doenças ou problemas: gripe, diarreia, escabiose, impetigo, desidratação, verminose, dor de garganta, doenças controláveis por vacinação incluindo rubéola, monilíase oral, doenças venéreas;

Saber identificar as medidas preventivas válidas para uso individual e para prevenção em massa de qualquer dessas doenças;

Realizar curativos e aplicar injeções;

Saber se conduzir diante das seguintes ocorrências: fraturas, queimaduras, mordida de animais, envenenamentos, ferimentos, hemorragias;

Ter noções de educação para a saúde.

Imunizações

Deve ter noção:

Do que é vacina e da sua importância;

Das doenças que são evitadas com a imunização: paralisia infantil, coqueluche, sarampo, difteria, tétano, varíola, caxumba;

Dos esquemas de vacinação e técnica de aplicação, deverá poder responder a pergunta: quem deve ser encaminhado para vacinação?

Tuberculose

Os seguintes conceitos são trabalhados:

Doença que tem cura;

Caso o paciente não se trate, muitas pessoas vão ficar doentes;

Todos os que tosem há mais de duas semanas devem fazer exames de escarro.

Alcoolismo

Deve saber que:

Alcoólatra é aquele que bebe muito e não consegue deixar de beber;

Causa muitos problemas no corpo, na família e na comunidade;

Devem ser encaminhados para o grupo e devem ser avisados outros membros da equipe.

Psicoses

Deve reconhecer entre a pessoa nervosa e a pessoa louca (psicótica);

Saber encaminhar a pessoa que está louca (psicótica).

Desnutrição

Ter noções de que:

Os desnutridos são crianças muito magras e que não crescem;

Têm mais doenças que os outros e não aprendem na escola;

Deve saber pesar e medir perímetro braquial encaminhando os casos detectados para a equipe.

Planejamento familiar

Os seguintes conceitos são desenvolvidos:

A família deve saber usar o sexo para ter prazer com ele e ter filhos quanto quiser;

Os principais métodos anticoncepcionais: eles causam menos problemas que uma gravidez não desejada ou um aborto clandestino;

As pacientes devem ser encaminhadas para a equipe.

Saúde oral

Deve saber que:

A dor de dente pode ser evitada;

As crianças devem ir ao dentista e as gestantes podem e devem ir ao dentista.

Saneamento

Ter conhecimento:

Da relação entre doença e ambiente;

Dos métodos caseiros de tratamento da água;

Dos métodos seguros para dispor dos detritos humanos e domésticos;

Dos métodos de tratamento do lixo;

Saber utilizar os serviços da equipe primária e os do auxiliar de saneamento para dar orientação sobre o assunto.

Desenvolvimento da comunidade

Auxiliar na organização da comunidade, tendo noção de que o conceito de saúde envolve o bem-estar físico, psíquico e social;

Conhecer os recursos disponíveis, sabendo fornecer informações simples sobre INPS e documentação, e encaminhando demais casos ao Serviço Social do sistema.

Visitação domiciliária e registros adequados

Manter atitude conveniente ao visitar, identificar-se como agente de saúde ao apresentar-se à família, informar a família de seus propósitos e estar preparado para agir diante de diversas situações em que for recebido;

Conhecer quais os cuidados primários de saúde que pode prestar ao visitar, levantar prioridades e encaminhar à equipe os problemas que não puder resolver;

Saber preencher corretamente o prontuário de família, ter noções dos diferentes tipos de registros existentes no sistema (fichas de prioridades, notificação de doenças transmissíveis etc.).

Problemas de saúde na área materno-infantil

Identificar e orientar gestantes e puérperas sadias;

Identificar e encaminhar gestantes de risco;

Identificar e orientar cuidados a crianças sadias;

Identificar e encaminhar crianças de risco.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

De 1974 até a presente data, um total de 140 voluntários foram treinados no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo. Destes, 10% foram contratados como auxiliares de saúde e trabalham atualmente em equipes primárias, na Unidade Central do Sistema ou em outros locais da Secretaria da

Saúde. Embora este percentual possa parecer pouco significativo, considerando-se que o número de auxiliares nas equipes primárias é de três a quatro por equipe (nove postos avançados), um terço desses auxiliares são ex-voluntários treinados pelo programa.

A perspectiva de uma contratação constitui estímulo evidente ao desempenho dos candidatos durante a formação e muitos manifestam frustração quando o diploma obtido não lhes facilita a obtenção de vínculo empregatício em serviços de saúde. Na verdade, tem-se observado que a procura de uma qualificação para obter um emprego constitui uma das principais razões pelas quais os voluntários procuram o treinamento.

Não obtendo uma contratação, os voluntários situam as vantagens do treinamento a nível de uma valorização individual e familiar pela aquisição de maiores conhecimentos sobre saúde-doença: "a gente até pode cuidar melhor dos filhos, quando têm febre, por exemplo, já não precisa sair correndo pr'a levar no doutor". Nesse sentido, é interessante assinalar que a clientela do programa é constituída majoritariamente por mulheres, para muitas das quais essa atividade representa uma forma de realização outra que as tarefas domésticas. "Sentir-se útil e adquirir mais conhecimentos", "... sair de casa e encontrar outras pessoas", são expressões seguidamente utilizadas na identificação de aspectos positivos do treinamento.

Portanto, embora a maior parte dos candidatos coloque na ficha de inscrição "auxiliar a comunidade" como sendo a principal razão da procura do programa, suas motivações e as vantagens obtidas parecem situar-se basicamente a nível individual através da procura de um emprego e de valorização pessoal.

Essa constatação fornece alguns elementos iniciais para a discussão do papel real dos voluntários de saúde da comunidade bem como sobre os limites e as possibilidades de programas de treinamento dessa ordem.

A primeira questão diz respeito à necessidade de uma forma qualquer de remuneração ou, num sentido mais amplo, o estabelecimento de um vínculo formal entre o voluntário e a população ou instituições de saúde com as quais ele está implicado.

Diferentes modalidades de remunerar os agentes de saúde são discutidas por ZOYSA & COLEKING¹⁴ que analisam as vantagens e as desvantagens entre a ausência de remuneração e formas de pagamento asseguradas pela própria comunidade

ou instituições de saúde. Esses autores concluem ser indispensável uma remuneração adequada e permanente para manter o interesse do agente de saúde pela comunidade e assegurar a estabilidade de programas de atenção primária. Parece haver descontinuidade e pouco controle das ações quando estas são executadas por agentes de saúde não remunerados (voluntários). Embora ainda com caráter preliminar, nossas observações coincidem parcialmente com a conclusão desses autores.

Dois possibilidades parecem então possíveis frente a esta questão: a transformação deste tipo de programa num treinamento de auxiliares para serviços básicos de saúde ou a organização de formas de incentivo e de vínculo mais estáveis. No primeiro caso, o programa teria permitido até o presente momento, o desenvolvimento de tecnologia educacional para formação de pessoal de nível elementar oriundo da própria comunidade e treinado em serviço. Os seguintes elementos são favoráveis a esta opção: a perspectiva de contratação constitui motivo importante para a procura do treinamento, a formação facilita a inserção do voluntário na equipe e, em apenas alguns casos, a transformação em funcionário interfere negativamente na disponibilidade, motivação e desempenho dos voluntários. No entanto, esta proposta traz inevitavelmente como consequência a mudança do caráter do programa.

A manutenção da formação de voluntários como tal implica pelo menos no estabelecimento de alternativas visando o incentivo e a supervisão dos agentes já formados (clube de voluntários, reuniões periódicas), associada a uma avaliação mais exaustiva dos objetivos e resultados do atual programa.

Nesse sentido, outro aspecto importante a assinalar é a forma pela qual os voluntários são considerados pela equipe de saúde e pela população. No primeiro caso, o fato do voluntário ser um elemento oriundo da comunidade não parece estar sendo explorado em toda sua potencialidade e nem lhe confere um maior prestígio junto aos membros da equipe. Tem-se observado que a tendência predominante é de que o papel do voluntário se transforme rapidamente num "auxiliar do auxiliar" muito mais do que o de um agente transformador, elo entre a comunidade e os serviços de saúde, conforme pretendido nos objetivos do programa.

A população também parece procurar os serviços destes agentes sobretudo para conselhos iniciais sobre os problemas de saúde mais frequentes, informações sobre os serviços prestados no

Sistema e aplicações de injeções. Embora isto signifique a utilização e a multiplicação de conhecimentos de forma menos profissional junto à comunidade, o fato do voluntário concentrar suas atividades neste tipo de tarefas introduz uma distorção importante na especificidade deste agente. Numa zona urbana, onde os recursos médicos são abundantes, seu papel poderá restringir-se facilmente ao de um serviço acessório, de segunda categoria e, menos prestigiado que os serviços institucionais.

Contribuem para essa situação, a inegável atração do voluntário pelo exercício de atividades essencialmente curativas (verificação de pressão, acompanhamento de casos examinados no posto), muito provavelmente subordinada à hegemonia deste tipo de prática ainda predominante mesmo a nível de um projeto de saúde comunitária. Não se trata aqui de negar a utilidade de respostas curativas aos problemas da população, mas de enfatizar a necessidade de integrar-se à elas uma discussão mais consequente dos determinantes do processo saúde-doença e o estímulo permanente a práticas potencialmente transformadoras dessa situação.

Num trabalho interessante sobre o papel do agente de saúde, WERNER¹³ analisa as funções, o desempenho e os fatores que limitam a atividade deste tipo de pessoal em quase quarenta projetos rurais (governamentais e não governamentais) em nove países latino-americanos. Sua conclusão é de que a grande variação no alcance e tipo de atividades realizadas pelos agentes depende menos do potencial individual, condições locais ou disponibilidade de verbas do que dos preconceitos e parcialidade dos planejadores, consultores e instrutores dos programas. Em alguns projetos, o agente de saúde adquire um número limitado de conhecimentos, sendo, sobretudo, treinado para seguir uma lista de instruções e normas; em outros, os instrutores asseguram o monopólio médico sobre a medicina curativa, através do argumento de que a prevenção é mais importante do que a cura e, os agentes aprendem menos técnicas médicas do que a população já conhece por experiência cotidiana. Para este autor, o agente local de saúde não é nem moço de recado nem substituto para o médico. Trata-se de um recurso humano essencial cujas ações devem integrar tanto atividades curativas como preventivas, considerando-se prevenção um trabalho que vise essencialmente acabar com disparidades opressivas.

Utilizando como unidade de análise, o programa de treinamento de voluntários de saúde inicia-

do pelo governo indiano em 1977, JOBERT⁸ discute as implicações de uma política estatal de formação de pessoal com essas características. Esse programa pretendia formar um voluntário em cada comunidade de mil habitantes como estratégia de participação popular no desenvolvimento sanitário. Contrariamente aos objetivos fixados, essa participação fica restrita, no máximo, à seleção dos agentes servindo muitas vezes ao exercício de clientelismo e patronagem políticos. O recrutamento dos voluntários foi feito entre frações inferiores das classes privilegiadas e de setores intermediários (pequenos proprietários, artesãos), houve descontinuidade no apoio financeiro e pedagógico (formação apenas teórica, ausência de supervisão) e, as atividades exercidas são de tipo curativo dirigindo-se a uma população residual, constituída por pobres, velhos e crianças sem acesso a outros recursos.

Longe de concluir de forma definitiva sobre a formação alternativa de recursos para as ações de saúde, esta discussão visa sobretudo identificar um certo número de elementos essenciais ao início de uma reflexão sobre o tema. A procura do programa de treinamento de voluntários no Sistema

de Saúde Comunitária Murialdo tem sido crescente, constata-se igualmente a emergência de um número importante de propostas dessa ordem nas atuais políticas governamentais para o setor saúde. O debate proposto é, portanto, pertinente.

A fim de garantir a continuidade dessa reflexão, um estudo visando determinar com maior precisão as atividades exercidas pelos voluntários na comunidade, através de entrevistas com aqueles que concluíram o treinamento nos últimos cinco anos, está atualmente sendo concluído. Enquanto isso, esperemos que os elementos aqui levantados, permitam uma visão mais realista e menos mítica da figura do voluntário de saúde da comunidade, propiciando, também, melhor adequação do atual programa às necessidades de transformação das condições de saúde da população.

SCARAVAGLIONE, D. et alii. Health volunteers – myth or reality? Preliminary evaluation elements of a nine-year experience program in a Community Health System. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 37 (3/4): 262-269, Jul./Dec. 1984.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social*. Rio de Janeiro, Coordenadoria da Comunicação Social do INAMPS, 1983. p. 26-35.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREVSAUDE: Anteprojeto*. Brasília, 1980. (mimeografado).
3. BUSNELLO, E. et alii. *O projeto do sistema de saúde comunitária – Unidade Sanitária Murialdo*. Porto Alegre, 1977.
4. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, Brasília, 1980. *Anais*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.
5. DELLATORRE, M.C. & NAKAMURA, E. Expansão dos serviços básicos de saúde no Vale do Ribeira. *Contact*, Genebra, (34) Fev. 1984.
6. DJUKANOVIC, V. & MACH, E.P. *Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1975.
7. FERREIRA, M.L. et alii. O treinamento de visitadoras de saúde pública no Centro de Saúde Experimental da Barra Funda e Bom Retiro. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 1 (6): 312-36, jan./fev. 1976.
8. JOBERT, B. La participation populaire au développement sanitaire: le cas des volontaires de la santé en Inde. *Revue Tiers Monde*, 23 (91): 649-669, juil./sept. 1982.
9. NETTO, M.O.R. & EGRY, E.Y. Curso de treinamento de curiosas: Marabá-Pará. *Enf. Novas Dimens.*, São Paulo, 2 (3): 145-8, jul./ago. 1976.
10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *L'agente de santé communautaire*. Geneve, 1977.
11. PAZ, T. La formación de Katiwalas, trabajadores de salud de la comunidad. *Foro Mund. Salud*, Genebra, 4 (1): 38-41, 1983.
12. RÉPUBLIQUE POPULAIRE DU MOZAMBIQUE. Ministère de la Santé. *Les soins de santé primaires au Mozambique*. Paris, L'Harmattan, 1979.
13. WERNER, D. O agente de saúde. *Contact*, Genebra, (15): 3-12, dez. 1980.
14. ZOYSA, I. & COLE-KING, S. Cómo remunerar al agente de salud de la comunidad? *Foro Mund. Salud*. Genebra, 4 (2): 145-150, 1983.