

A IDENTIDADE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Ailton José Scavassa – UNESP – Botucatu / SP - PSF – Maringá /PR
Rosane Guimarães Bachilli – UNESP – Botucatu / SP - PSF – Cerquillo – SP.
Profa. Dra. Wilza Carla Spiri – UNESP – Botucatu /SP /Projeto REFORSUS/BID.

Resumo

A construção do Sistema Único de Saúde ganhou sustentação em seus princípios básicos com programas que engendram a participação de um novo elemento na equipe multiprofissional de saúde, o agente comunitário de saúde. O objetivo deste estudo foi compreender os fatores psicossociais, segundo as perspectivas destes agentes, que são significativos na construção de sua identidade e contribuir para a elaboração de metodologias que instrumentalizem processos de seleção, capacitação e avaliação dessa nova identidade social. O referencial metodológico adotado foi a fenomenologia hermenêutica de Paul Ricoeur que visa encontrar, no discurso do sujeito, o significado da essência do fenômeno estudado. Os sujeitos da pesquisa foram sete agentes comunitários de saúde que, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e consentimento esclarecido, foram entrevistados com a seguinte questão norteadora: “Conte-me a sua experiência como agente comunitário de saúde”. A análise individual dos discursos possibilitou o resgate das unidades de significados emergindo temas como: “A experiência anterior”, “A identidade”, “A alteridade”, “O estabelecimento de vínculo”, “Capacitação –a conquista do conhecimento”, “Experiência gratificante”, “Sentimentos de potência e impotência”, “O relacionamento com a equipe de saúde”, “O cotidiano do trabalho”, “O crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional”, “A crítica da instituição”. A análise do geral, denominada análise nomotética possibilitou o desvelamento do fenômeno a partir das convergências e divergências do agrupamento dos temas engendrando, na perspectiva do agente comunitário de saúde, os aspectos psicossociais que constroem a sua identidade. Considerando que o fenômeno é perspectival outras possibilidades podem ser vislumbradas e novos horizontes percorridos.

Abstract

The Health Unified System's construction won sustentation as to his basic principles with programs that engender the participation of new element in health multiprofessional team, the health community agent. The objective of this study was to understand the psychossociales factors, acording to agent's perspectives that are sigñificants for construction of his identity and contribute to elaboration of methodologies for selection, qualification and valuation proccesses, looking upon this new social identity. The methodologic reference adopted was the Paul Ricoeur's hermeneutic Phenomenology that take aim at to find in the subject's speech the significance of studied phenomenon essence. The research subjects were seven health community agents that, after Research Ethics Committee's approval were interviewed about these indicative questions: “Tell me your experience as health community agent”. The individual analysis of the speeches allowed the rescue of the significances units, coming to light themes as: “the former experience”, “the qualification for the work”, “the knowledge conquest”, “day-by-day of work”, “likeable experience”, “bond establishment”, “the communication”, “the interior growth”, “the social insertion”, “feelings and (dis) ability – the usuary-agent experience”, “criticism about institution”. The general analysis, entitled nomothetic analysis, allowed the phenomenon unveiling, from the concords and disagreements of the themes group, conceiving from the health community agent's perspective, the psychossociales aspects that constitute your identity. Looking up the phenomenon is perspectival, other possibilities can will be intended and new horizons visited.

INTRODUÇÃO AO TEMA – OS MOTIVOS E OBJETIVOS DA PESQUISA

A construção do Sistema Único de Saúde ganhou sustentação com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs) e com o Programa de Saúde da Família, sobre uma pedra angular – o Agente Comunitário de Saúde (ACS) – fundamento de uma nova identidade social.

A categoria profissional de ACS foi reconhecida em 10 de julho de 2002, após uma disputa de interesses institucionais e políticos, quanto a questões de mercado de trabalho e fiscalização do exercício profissional, distanciada da questão essencial: a democratização do conhecimento.

A inserção junto à equipe de saúde desses agentes, membros da comunidade não-detentores do saber acadêmico permeia todas as atividades de atenção primária. Para SILVA; DALMASO (2002): “Esse campo da promoção da saúde, com os seus instrumentos – a ação intersetorial e o suporte social – representa uma área nova de prática e de saber, envolvendo necessariamente identidades em construção”. Eles propõem essa identidade, construída pela relação entre indivíduos e grupos sociais, na percepção do trabalho recíproco.

Os autores deste estudo realizaram-no enquanto alunos do curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, de Botucatu – SP. A apropriação de um saber conceitual levou estes médicos do Programa Saúde da Família, com formação complementar em outras áreas do conhecimento, a se perceberem como parte viva e consciente do fenômeno das novas identidades, semelhante ao Agente Comunitário de Saúde. A partir do tema da *identidade do agente comunitário de saúde*, fez-se o seguinte questionamento: quais fatores psicossociais são significativos, segundo a perspectiva dos agentes comunitários de saúde, para a construção de sua identidade ?

A fim de contribuir para a elaboração de metodologias para os processos de seleção, capacitação e avaliação desses novos profissionais da saúde, o presente estudo focaliza as necessidades e expectativas próprias dessa nova identidade social. Mais que considerações técnicas, filosóficas ou políticas, há nisso uma dimensão coletiva de ação-participação, no âmbito da Consciência Sanitária.

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

A escolha da metodologia qualitativa deve-se à necessidade de pesquisar a partir do ponto de vista do sujeito, somada à escassez de estudos sobre o tema.

A Fenomenologia que “*leva em conta o sentido histórico na sua pluralidade de significados*” (SPIRI, 2001) possibilitou desvelar a essência das experiências dos sujeitos, impulsionados pela consciência e pela intencionalidade. A análise dos dados seguiu a Hermenêutica de Paul Ricoeur, cumprindo-se as seguintes etapas: transcrição dos depoimentos; leituras das descrições em sua íntegra buscando um senso geral; apreensão das unidades de significado a partir da experiência do sujeito em seu mundo; expressão dos significados buscando convergências, divergências e idiossincrasias; síntese das unidades na estrutura do fenômeno, visando compreendê-lo. O respaldo filosófico dado por Paul Ricoeur revelou a arte de encontrar a fala no discurso, como objetivação do sujeito, sendo a interpretação o trabalho do pensamento em decifrar o sentido oculto no sentido aparente, a partir da significação literal (RICOEUR apud NOVASKI, 1997).

A pesquisa desenvolveu-se junto às equipes de ACS em duas cidades do interior paulista: Cerquilha e Conchas, semelhantes em porte demográfico, tempo de implantação do Programa Saúde da Família e cobertura populacional de cem por cento. Os sujeitos da pesquisa são os próprios agentes comunitários de saúde; a realidade existencial só aparece àqueles que se empenham como pessoa na trama histórica.

Com o aval do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, fez-se coleta de dados, com sete entrevistas não-estruturadas, do tipo focalizada, áudio gravadas, após consentimento livre e esclarecido e assegurados privacidade e anonimato, propondo-se aos ACS: *Conte-me a sua experiência como Agente Comunitário de Saúde*.

RESULTADOS

A análise global abordou onze temas: experiência anterior; capacitação para o trabalho; a conquista do conhecimento; o cotidiano do trabalho; experiência gratificante; estabelecimento de vínculo; crescimento pessoal; a comunicação; sentimentos e (im) potência – a experiência do agente usuário; crítica à instituição; inserção na realidade social.

O tema *experiência anterior* mostrou a busca de formação profissionalizante inadequada ao mercado de trabalho, a inexperiência em qualquer área de trabalho e a produção industrial ligada à sobrevivência, marcada pela inadequação ao processo produtivo:

Enquanto eu estudava, trabalhava em uma indústria... tem que dar produção, você não se comunica (agente 3)

(...) eu nunca tinha trabalhado em ramo nenhum (agente 5)

(...) foi decepcionante meu estágio de magistério (agente 1)

Não fiz faculdade... por falta de dinheiro... fiz vários cursos (agente 2)

Mais que alternativa ao desemprego – um ato da vontade, a opção pelo trabalho de ACS é uma atitude, de presença na vida produtiva, lançando-se em busca de valorização. O dinamismo criador da pessoa faz dela “*o centro de uma atitude*”, predisposta à vida, em busca do lugar mais apropriado. Tal definição passa pelo conceito de crise, no sentido da pessoa que se percebe sem um lugar no mundo. Para Ricoeur: “*A crise... se revela capaz de estimular o discernimento de uma estrutura de valor, em função da qual a pessoa se empenha... consiste em identificar-se com uma causa que supera o indivíduo.*” (apud DANESE, 1997).

Para os ACS, a expectativa de trabalhar em benefício de outros era modesta, se comparada a suas impressões negativas do serviço, como paciente ou familiar de pacientes:

(...) perguntou por que eu queria ser agente: ‘não sei muito o que é um agente comunitário, mas se for pra ajudar as pessoas, eu acho que vou sempre sentir um pouco útil’. (agente 4 – sobre a entrevista de seleção).

Eu odiava posto de saúde (agente 1)

Não podia ver sangue... (agente 6)

(...) fiquei grávida... é muito difícil... não ter uma orientação (agente 4)

A experiência da maternidade tem relação intersubjetiva com o papel do ACS. Conforme RICOEUR apud NICOLA (1997), “*a maternidade é o paradigma da relação de cuidado... um tomar cuidado que implica colocar em jogo a própria identidade, remodelando-a sob provocação do outro*”. Uma agente faz identificação com o papel de agente comunitária a partir da experiência de paciente, vivendo uma crise identitária profunda ao experimentar a maternidade num contexto de atenção à saúde, alheio a sua hierarquia de valores:

Pra mim eu tinha direito a ser atendido porque eu pagava... me casei... não tinha a minha mãe... não tinha convênio (...) antes de eu me tornar uma agente comunitária... tive a experiência de ser... paciente de uma agente comunitária... aquela pessoa que me orientava (...) na época eu tava grávida da minha filha (...) o posto de saúde... eles contemplam todas as necessidades (agente 5)

Embora residindo em cidades onde cem por cento dos domicílios são áreas do PSF, outros entrevistados não conheciam os agentes comunitários que os atendiam:

(...) tinha o agente comunitário... só que eu não tinha curiosidade de saber o que era o agente comunitário (...) não contava pra ela as coisas (agente 4)

(...) antes eu... não entendia nada! Achava que a pessoa só ia lá na casa, entregava o papel e ia embora (agente 7)

Se considerarmos que em 1991, foi implantado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e que o Programa Saúde da Família (PSF) foi oficializado em

1994, as entrevistas confirmam a abertura de um novo campo de atuação, cuja amplitude e profundidade ainda é desconhecida a muitos trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Para PEDROSA; TELES (2001) *“o trabalho com comunidades é dinâmico, passando por fase inicial de desconfiança que evolui para participação efetiva”*. A agente 5 confirma: *“eu ia no posto que hoje eu sou agente comunitária”*.

Um significado fundamental para fins de pesquisa institucionalizada é a *capacitação para o Trabalho*, ou seja, o acesso ao conhecimento oferecido na admissão ao serviço, que se mostra inadequado à realidade individual e profissional dos ACS: (...) *“eu acho que para uma agente eu não tinha preparo”* (agente 2).

TOMAZ (2002) constatou: *“O processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel”*. SILVA; DALMASO (2002) acrescentaram: *“Há uma série de situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu nem um saber sistematizado (...) há necessidade de desenvolvimento e incorporação de tecnologias que apóiem a identidade do agente comunitário”*. Aos olhos dos ACS, o treinamento falhava por não contemplar a realidade local, não focar a área dos relacionamentos (psicológica) e por exceder em informações num tempo restrito. Eles sugeriram propostas de readequação: (...) *“o correto era você estar tendo instrução todo mês”* (agente 3); (...) *“mais cursos nesta área, como se relacionar com as pessoas, como entender os problemas, mais cursos de capacitação mesmo”* (agente 2).

No tema *a conquista do conhecimento*, o significado surgiu da reinterpretção feita pelos autores na seguinte questão: ser capaz, ou adquirir capacidade? ser iniciado no processo do conhecimento, ou dar resposta à busca cognitiva que traz em si? A resposta se repete: (...) *“eu gosto de saber mais, ler mais”* (agente 2); (...) *“sou muito curiosa... eu não sei, mas eu vou procurar”* (agente 4).

Na hierarquia das necessidades humanas, concebida por Maslow, aspirações à realização do potencial intelectual e utilização dos talentos situam-se no topo de uma pirâmide; seu estímulo pressupõe a satisfação prévia das necessidades básicas ou menos elevadas. Quando da inserção ao trabalho, o agente comunitário realiza rápida escalada de valores, inerentes à própria experiência do cuidado. NUNES et al (2002) referiram *“menções, por parte dos ACS, da ampliação do seu poder de resolutividade após serem incluídos no PSF (...) As fronteiras se alargam, a lógica das interações se transforma”*. Há que perceber a similitude entre as necessidades individuais, do agente e coletiva, dessa comunidade de onde ele emerge e que participa, com e através dele, da experiência do conhecimento: *“Acho importante... tá aprendendo e passando bastante pras pessoas”* (agente3).

Este caráter de reciprocidade transparece também na relação entre o agente e a equipe, caracterizado por NUNES et al (2002): *“Observa-se assim, uma maior cumplicidade entre os vários profissionais que se sentem comprometidos com a resolução de problemas básicos de saúde e melhoria da condição de vida da população-alvo”*. Como relata a agente 4: *“pergunto pra enfermeira ou pro médico e depois eu te dou resposta... eu sempre tenho uma resposta pra eles”*.

Todavia, a instituição não se apropria do conhecimento trazido pelo agente comunitário, oriundo da comunidade; os discursos mostram essa interação fragmentada: *“Trouxe bastante, pro meu conhecimento... o agente comunitário em si, não sei se ele consegue trazer assim... problemas das pessoas... trazer como aprendizado”* (agente 6). NUNES et al (2002) fazem a seguinte leitura:

aquelas equipes de saúde da família que desenvolvem, pelo estreito contato com a realidade local, uma maior sensibilidade a diferenças sociais e culturais, levando-as mais a sério, tendem a desenvolver dinâmicas extremamente favoráveis à miscigenação cultural.

Essa leitura suscita a esperança de um envolvimento institucional no futuro.

Para MINAYO (2000), *“Como a fenomenologia, a hermenêutica traz para o primeiro plano, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o*

esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia". No tema *cotidiano do trabalho*, os ACS descrevem um modo de fazer criativo e mediador, das visitas domiciliares à abordagem dos problemas individuais e coletivos, pela escuta, pelo conselho, pela conversa, pela conscientização. Eles relatam uma postura feita dia-a-dia: de neutralidade perante o conflito, de elo entre o saber institucionalizado e a comunidade, de participação institucional em estratégias complexas: (...) *"tem que estar no meio, sem afetar ela e sem afetar ele; pra gente aconselhar uma pessoa, a gente não pode falar mal de nenhum dos lados (...) a gente não tinha essa noção de inventar um jeito que você tem hoje"* (agente 1). Os ACS desenvolvem posturas para melhor realizar seu serviço, diluindo-se na identidade da equipe, ou na identidade religiosa comprometida, ou na identidade social responsável:

(...) ser o mais transparente possível e ter o apoio da equipe. (agente 6)
(...) saio do trabalho e inicio o serviço religioso (...) trabalho de ACS... uma coisa leva à outra (...) Então é uma sucessão. (agente 2)
(...) não pode dar tudo na mão... tem que mostrar o caminho. (agente 4)
Nosso trabalho é ir, orientar (...) prevenir, evitar que aconteça. (agente 3)

Toda a atividade está estreitamente relacionada à experiência interacional:

(...) esse elo todo assim... ampliado... do paciente com você, você com o paciente, médico, enfermeira, auxiliar. (agente 6)
(...) estas coisinhas que você faz de relacionamentos, de conversar com as pessoas, de conhecê-las melhor (...) Eles te vêem como a referência do serviço de saúde. (agente 2)

Conforme Ricoeur apud DANESE (1997): *"A sua característica ontológica de ser-intermediário consiste no fato de que o seu ato de existir é ato mesmo de fazer mediação entre toda a forma e todo nível de realidade, fora de si e em si mesmo"*. Ricoeur apud DANESE (1997) nos ensina a respeito da alteridade: *"De fato, inicialmente o sujeito é levado para as coisas, para o outro, para o mundo, para Deus e, num segundo movimento, se reapropria como si, como sujeito"*. Faz uma leitura e interpretação de papéis para a interação com o outro:

Tem que tirar as coisas, de dentro... às vezes até ficar uma outra pessoa igual
(...) Escuta lá e passa... guarda na cabeça pra levar lá (...) chega... nem conhecia a pessoa, tem que entrar... ir perguntando (...) tem que entrar e olhar com calma
(...) Primeiro, você tem que acalmar ela, falar que não é assim, que vai melhorar, fazer graça (...) nem que você não esteja feliz... né? pra pessoa, você tem que tá contente... uma vez, três, quatro... (agente 7)

No tema *experiência gratificante*, algo é comum a todos os agentes: seu trabalho transmite prazer. Na visão de um agente é premissa para um trabalho efetivo o gostar do que se faz: *"Se você faz o que você gosta, você faz com amor. Se você faz uma coisa que você não gosta muito, você não desempenha bem o papel"* (agente 1). FREIRE (2002) diz: *"não posso desgostar do que faço sob pena de não fazê-lo bem"*. SILVA; DALMASO (2002) comentaram: *"uma parte significativa dos agentes considera o seu trabalho gratificante, quer pela possibilidade de ser útil, quer pelo apoio a uma população carente"*.

Para buscar o oculto naquilo que nos parece tão declarado, seguimos o caminho dado por RICOEUR (1990): *"Compreender é entender"*. Entendemos gratificação, como realização da pessoa. Conforme Ricoeur apud DANESE (1997), temos que:

(...) a pessoa deve realizar a dimensão do ser, desenvolvendo três elementos: o corpóreo, porque a pessoa só o é verdadeiramente com o seu corpo; a dimensão comunitária, porque não se faz pessoa fora da comunidade e, por fim, o crescimento interior, como elemento de autotranscendência.

Esses três elementos estão presentes nos textos dos discursos. A dimensão comunitária e o crescimento interior constituem dois significados abordados adiante. O elemento corpóreo do prazer foi analisado através da linguagem. Para DANESE (1997):

A filosofia da linguagem em uma certa medida toma o lugar da análise do ser (...) Sabemos que em Ricoeur há uma passagem da filosofia do eu... para aquela do sujeito criativo ... que vê emergir a pessoa em relação aos múltiplos condicionamentos do que está ao fundo (influxo vital), no alto (graça criativa), lateralmente (o outro).

Utilizou-se um mapeamento neurolinguístico para identificar predominância entre o sentir (abaixo), o ver (no alto) ou o ouvir (ao lado e à frente). As características dos discursos revelam integração dos três sentidos. Temos a audição, no conversar, ou na atitude de escutar: *“Cada vez que você escuta uma coisa que deixa você alegre no seu trabalho, faz você produzir cada vez mais”* (agente 1); *“Esse serviço tem que conversar, então já é mais o meu tipo (risos).”* (agente 7). RICOEUR (1990) diz: *“minha primeira relação com a palavra não é de produzi-la, mas de recebê-la. Esta prioridade da escuta estabelece a relação fundamental da palavra com a abertura ao mundo e ao outro”*. O sentido da visão se traduz no ver, como ação gratificante: *“Quando você vê o resultado também é muito bom...”* (agente 2); (...) *“é muito gostoso você vê o que eles passavam... vê a melhora”* (agente 6). RICOEUR apud DANESE (1997) confirma: *“Aí reside a importância do ‘olhar valorizador’ do eu para o outro e do outro para o eu, valorizando a presença e o empenho”*. O prazer das sensações proprioceptivas (térmica, tátil, paladar, visceral), revela-se nas impressões sinestésica, relacionadas à memória do sentir (prazer, sabor): *“Então era gostoso essas coisas! eu sentia bastante assim”* (agente 6).

Identificamos um processo cerebral neurolinguístico, implícito nessa atividade prazerosa, interpretativa e mediadora: *“Eu gosto, porque... trabalha com orientação”* (agente 3). Orientar-se é posicionar-se dirigindo-se pelas referências; o ser-agente perpassa e integra vários referenciais, para posicionar o cidadão no contexto da saúde e direcionar as ações coletivas.

A gratificação da experiência fica mais relacionada ao fazer para o outro, do que na recompensa material ou no reconhecimento institucional: *“a recompensa que você tem no olhar, na palavra deles é a melhor coisa que tem”* (agente 6).

Um significado profundo da experiência e da identidade do agente comunitário revelou-se no tema **estabelecimento de vínculo**: (...) *“eles confiam em mim... é o vínculo que cria”* (agente 1). Tanto o agente, quanto o paciente percorrem o caminho do vínculo, que é a estima de si na forma dialogal (o outro confirma para o si a própria estima).

Observando o significado da palavra vínculo no dicionário Aurélio, vemos: *“tudo o que ata, liga ou aperta”*. Havendo vínculo como processo intermediador, as relações remetem os sujeitos a aspectos integrais de envolvimento, agindo além da objetividade técnica. Estamos lidando com aquilo que a psicanálise chama de *transferência* e o psicodrama, de *tele*.

Em várias narrativas, o vínculo primitivo – familiar – aparece, reeditado na relação de confiança com os pacientes: (...) *“a gente acaba sendo da confiança deles... da família deles”* (agente 4). A reinterpretção da relação familiar é do agente, não só do paciente:

(...) em vez dela... segurar na filha (...) ela preferiu a mim, entendeu? (...) pessoa da família não resolve tanta coisa como a gente (agente 4)
(...) a gente pega a confiança do ponto de querer tá sempre indo na tua casa... independente se você quer ou não (agente 5)

Numa completa relação contra-transferencial, o paciente devolve ao agente o vínculo primitivo, em total harmonia intersubjetiva: (...) *“ficaram sabendo que a minha filha tava internada... ficam dando receitinha (risos)... remédio caseiro, chazinho”* (agente 7). Segundo NUNES et al (2002), *“o PSF propõe uma ampliação do locus de interação em saúde (...) Tal característica vem contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes e a comunidade”* – de onde emergirá no futuro, o comprometimento institucional.

DANESE (1997) bem explica esse fenômeno, citando Paul Ricoeur: *“Somente assim se pode estabelecer uma verdadeira igualdade... ‘O milagre da reciprocidade*

consiste no fato de que a pessoa se reconhece como insubstituível a uma outra, numa troca igual”. Esse processo se origina do menos favorecido, para com seu semelhante, caminho percorrido pelo agente, no estabelecimento de relações interpessoais em seu trabalho. A devolutiva do outro é proporcional à sua disponibilidade. Ele faz substituição do eu por um si, voltado para o outro e encontra no outro, reciprocidade. DANESE (1997) diz: *“O outro solicita o eu, que responde com uma solicitude que declara a estima do si”*. A agente 5 relata: *“virei e falei: ‘como você quer que eu te ajude?’ esperando que ele me desse uma resposta e, na verdade, o que veio foi uma lágrima (...) se eu criasse uma alternativa ...”*.

A reprodução do vínculo familiar também se dá dentro da equipe de saúde e lembra as competições entre irmãos e a disputa pela atenção dos pais (médico e enfermeira):

(...) entre os postos, o nosso é... *como se a gente fosse uma família: discute... comenta... tem uma intriga e outra, mas são raras* (agente 5)

Eles têm ciúme, né?... coisas que acontece. Colega de trabalho... Com os irmãos... acontecia, ué! (agente 7)

No tema **Comunicação**, desvelou-se que os agentes se reconheceram transformados através da conversa com os pacientes e perceberam que quem ouve quer falar. A partir disto, exercitaram seus discursos e aprimoraram a escuta:

Elas querem te ouvir, mas elas também querem ser ouvidas (agente 1)

Mas quando eu vou e converso com elas, vejo que elas têm tanto mais problemas que eu e isto me ajuda a viver melhor até. Isto faz com que você fique uma pessoa mais sensível (agente 2)

Tanto na narrativa, quanto no texto de sua vida, uma ACS associa sua experiência no teatro à sua práxis diária, de forma pedagógica e plena de alteridade: *“A gente tá ensaiando uma peça... nós mesma escrevemos, as quatro agentes... é parecido com o dia-a-dia (...) É mais pra tá passando pras crianças, pras criança levar pros pais”* (agente 7). A reciprocidade do dar e receber, estampada pelos agentes constitui seu aspecto mais filosófico. Nesta dialética, compreendemos a postura tão antiga quanto tradicional das religiões que proclamam: *“é dando que se recebe”*.

Um significado que permeia todos os discursos é o crescimento pessoal e profissional, dimensão a ser alcançada na realização da pessoa. Para os ACS, seu desempenho foi aprimorado ao longo do tempo, pela apreensão do trabalho em equipe e pela criatividade. Olhando criticamente, vêem que no início do trabalho não entendiam a amplitude do seu papel e hoje agregaram valor à capacidade de relacionamento: *“Agora eu sou uma pessoa mais sociável... foi crescimento pessoal mesmo”* (agente 1); (...) *“na área psicológica, para tratar com a pessoa tive que ler... procurar entender mais sobre as pessoas”* (agente 2).

Este crescimento é medido pelos ACS através do resultado de seu trabalho refletido no crescimento da comunidade a que pertencem: *“O problema da pessoa se explicita como problema da criatividade humana na capacidade infinita de repensar novas formas de mediação, seja como homem individual, seja como grupo”*. (DANESE 1997). A agente 5 ilustra: *“se eu fosse só como moradora, então pra mim não tem problema, eu ali tô bem!... eu como agente penso: e aquelas pessoas ali?... eu comecei a ter uma visão mais ampla (...) eu ajudo o paciente a voltar pra sociedade”*.

Muitos ACS têm projetos de prosseguir estudos inerentes à Saúde da Família. Eles desejam crescer dentro do PSF, apesar dos baixos recursos salariais:

(...) trabalhar na minha área eu ia gostar muito. No momento, não tenho condição financeira. Mas eu gostaria... de fazer... Nutrição (agente 3)

O salário, se não subir, aí não dá pra fazer a faculdade. Eu penso em crescer dentro do PSF mesmo.(agente 1)

Um significado especial: Sentimentos e (im) potência – a experiência do agente usuário, a subjetividade de um agente social, que mantém profunda relação de pertença

com seu espaço alterna onipotência e frustração. O espaço em que vive é o mesmo onde atua; as pessoas da sua realidade social são as mesmas a quem dirige suas ações de cuidado. Essa concordância de universo físico, social e psicológico estimula-o a propor para o outro o bem viver desejado para si, com aspirações a nível biológico (espaço de sobrevivência tribal), relacional (presença do outro) e sócio-político (o espaço para todos, a nível institucional).

Na escala de valores da sociedade atual, uma atividade é tão importante quanto maiores os resultados por ela obtidos. Nosso agente infere um desenlace positivo de suas orientações pelo seguimento de suas prescrições: *“A gente vai lá, orienta a pessoa, tudo, só que acaba fazendo tudo o contrário (...) acham que a gente só passa na casa, assim, por passar.* (agente 2) SILVA; GONÇALVES; GOLBAUN (1986) documentaram a leitura de agentes comunitários do Vale do Ribeira, quanto à satisfação da população com seu atendimento através do respeito às prescrições. Antes do evento do SUS (1988), pioneiras na Reforma Sanitária, tais experiências foram o vir-a-ser de uma entidade institucional. A interpretação daqueles agentes caracteriza-se pelo alto nível de exigência e expectativa, na esfera relacional. Para um ACS, é muito importante o reconhecimento do seu trabalho.

Há nisso algo além dos valores do mundo moderno: a relação estabelecida como ator do cuidado, responsável pela saúde do outro. Esse papel tradicionalmente atribuído ao médico goza de importância e diferenciação, conforme salientam NUNES et al. (2002): *“Observa-se que a formação que recebem lhes dá um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular... uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade”*. A agente 4 traduz claramente: *“Toda vida sempre falei: eu queria ser médica! cuidar da saúde mental, da saúde física, da saúde emocional... acho muito importante porque o... paciente confia muito no médico”*.

A vocação biomédica é das mais carregadas de sentimentos onipotentes. O agente comunitário ocupa espaço bem maior do que o circunscrito à população usuária do serviço. Sua postura mediadora oscila entre o desejo da comunidade e o comprometimento com a postura institucional; o sentimento de pertença amplia as expectativas do agente-morador:

(...) deveria ter outro médico no posto... Tipo um prantão! Mas aí eu acho que... dificulta o programa de saúde da família (agente 7)

Como eu já fui paciente, eu imagino assim: quando a gente mora na comunidade, vê o que realmente tá precisando. E o PSF é isso! (agente 5)

Segundo SILVA; DALMASO (2002) isso leva freqüentemente à sensação da impotência: *“No dia-a-dia, os agentes são colocados diante de contradições sociais, o que é ‘muito pesado’ e, por isso, eles fazem determinadas opções, segundo as exigências, as recompensas e suas referências”*. O ACS reconhece sua limitação, no compromisso: *“Eu quero qualidade! Nem que eu visite metade dos pacientes por mês”* (agente 5); *“tem tanta pobreza, tanta mesmo, que a gente fica meio amarrado por não poder fazer nada”* (agente 3).

NUNES et. Al (2002) referem: *“de forma direta ou velada, é o conflito de poder, que se instaura quando o ACS passa a dividir (...) lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe (...) o ACS e o médico são considerados (...) personagens chave”*. Tal é o confronto peculiar dessa identidade comunitária, detentora de espaço, saber e linguagem próprios, perante concepções e sentimentos do resto da equipe: (...) *“tem pessoas mais altas do que você... você depende dessas pessoas... mas o pouco de coisas que você consegue já é importante”* (agente 4). Decorre daí uma postura que propõe a igualdade na distribuição dos bens, direitos e deveres institucionais: *“Essa tomada de consciência (...) comporta a recusa de qualquer exploração, no momento em que não se aceita mais viver a relação interpessoal segundo o cânone da desigualdade hereditária, da tradição”* (DI NICOLA, 1997).

A crítica à instituição constitui um tema que abrange a análise feita pelo ACS do próprio PSF, das relações interpessoais, até o cenário das políticas sociais. Os critérios administrativos para as demandas assistenciais e sociais da comunidade são questionados, bem como o respeito ao papel do profissional e o perfil autoritário do gestor.

(...) Mil e trezentas famílias! Pra um médico? É bastante só pra um médico, mas é pouco em relação a mil e trezentas famílias (agente 7)
(...) Não adianta você chegar e impor nada, autoridade não é assim (...) você fica pensando: ‘nossa, o que eu estou fazendo de bom então?’ (agente 1)
(...) e faz trabalho da dengue e faz trabalho disso e faz trabalho daquilo... e é campanha disso (...) passou as campanhas, vem outras campanhas e outras campanhas... e aqueles lá? Continuam lá! (agente 5 – sobre demandas sociais)

SILVA; DALMASO (2002) referem que essa crítica é “o dilema permanente do agente, essa dimensão social, solidária, convivendo com a tecnológica”.

Para NUNES et al (2002): “A posição do ACS no interior da equipe de saúde da família revela-se ainda mais crítica quando se compara o seu salário com o de outros membros da equipe”. A agente 1 confirma: (...) “Isto que atrapalha muito, o pouco salário (...) a gente acaba fazendo mais do que o serviço do agente mesmo”. O papel facilitador da interação usuários/serviço perde-se no de mensageiro de novas posturas, alheias à própria equipe: “A gente fica triste (...) pessoas que trabalham lá... não entendem” (agente 7); (...) “as próprias pessoas que trabalham como a gente, vêem como algo que você possa subir, um trampolim na área de saúde” (agente 2). Para SPIRI (2002), no sistema capitalista:

(...) os profissionais que agregam ao trabalho com o paciente, além do corpo, outras dimensões simbólicas cujos valores não são dimensionáveis como: amor, compaixão, sensibilidade, compromisso, cumplicidade humana, embora inegavelmente necessários, não têm preço e, portanto não se pagam.

Relevantes também são as observações de cunho macro-institucional:

(...) não priorizam o paciente em si... mas sim o conteúdo ... e eu não quero o conteúdo, eu quero qualidade! (...) uma cesta básica ... depois vem aquele negócio de bolsa escola ... depois vem outro benefício, outro benefício ... eu critico esse tipo de política pelo seguinte: porque isso não vai fazer que aquela família se desenvolva, mas sim ... que ela se acomode. (agente 5)

No entanto, a avaliação geral é positiva: “O PSF foi muito importante, né? na vida das pessoas, né? Criou muito serviço ... pra equipe toda ... tá levando aí, pra todas as famílias ... a esperança, né? de que amanhã a vida melhore” (agente 7)

O último tema refere-se à **inserção na realidade social**. A percepção dos agentes sobre a realidade social vai da discrepância de oportunidades e recursos entre as famílias à estratificação dessas diferenças nas classes sociais. Percebe a psicologia dos comportamentos, do isolamento social, das pessoas carentes e depressivas e das de alto poder aquisitivo:

(...) tem tanto... a classe alta, a classe média e a classe baixa... se aprende com as três classes... a classe alta, por mais ... resistência que ela tenha (...) é sua insistência, todo mês, você indo lá... acaba pegando em você uma confiança, que ela não tem em muitas pessoas – com a própria família dela (...) aquele sem nada é muito fácil... você vê mesmo a diferença que tem, que é muita diferença! (...) A classe média eu acho que é a classe mais difícil de lidar... Quem quer ser e não é, é difícil... a classe média não são nem rico, nem pobre e ficam mais no meio termo... pensa que sabem tudo...você não sabe o que tá falando... e não atendem mesmo bem (agente 6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os significados encontrados desvelam na experiência da alteridade, a identidade do agente comunitário de saúde. Conforme DI NICOLA (1997): (...) *a estima do si, que Ricoeur propõe representa o equilíbrio de um sujeito que graças ao confronto com os outros e com a sociedade, se reconhece digno de estima como o são, a seus olhos, os outros com os quais vem a ter contato*. Trata-se de um processo dialético, de transformação de si mesmo através

da experiência de alteridade, entre pares e dentro da instituição, ilustrado subjetivamente pelo relato da agente 4: (...) “*é um pouco de... a gente se sentir um pouco deles (...) a gente é um pouquinho de cada um deles, a gente faz parte deles, sabe? eu não sei se você tá me entendendo...*”

Para DI NICOLA (1997): “*Toda hermenêutica vem assim a ser, explicitamente ou implicitamente, compreensão de si mesmo pela via mediada pela compreensão do outro*”. A riqueza desse significado transcende à experiência do próprio agente, contagiando os autores com emoções inerentes a essa transformação do ser. Qualquer revelação intersubjetiva é reflexa do estudo fascinante de “*uma filosofia que deve passar da interpretação do mundo para a transformação, o sujeito que interpreta e ao mesmo tempo é interpretado na transformação do mundo porque está... empenhado à atividade recriadora de um mundo novo*” (DANESE, 1997). É isso que se percebe nas considerações finais desse trabalho:

Conheço agora o que é puramente dialético: a identidade do mediador, do que faz a ponte entre o comum e o individual, na própria história; aquele que traduz o formal para o informal; o quem da inserção institucional que garante espaço aos anônimos, que ainda não conquistaram seus direitos; o elo entre as necessidades das pessoas e os recursos a serem distribuídos no contexto político-social. Esse quem é um ser dialético e ele existe hoje, no Brasil, no meu dia-a-dia e na afetividade de milhares de famílias brasileiras, na paridade do meu trabalho com o de outros profissionais. (a autora).

Palavras chave: identidade; agentes comunitários de saúde; programa de saúde da família.

BIBLIOGRAFIA:

- DANESE, A Il Contributo de Ricoeur al personalismo. Campinas, *Reflexão* v.69, p.35-72, 1997.
- DI NICOLA, G. P. A prosito del concetto di reciprocità in Paul Ricoeur. Utopia e analogia. Campinas, *Reflexão* v.69, p.73-99, 1997.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, Paz e Terra, 2002.
- GARRIDO, S. V. *La hermenêutica del si y su dimension etica*. Campinas, *Reflexão* v.69, p.100-1006, 1997.
- NUNES et al. *O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico*. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.6, p.1639-1646, 2002.
- PEDROSA, J. I. F.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde pública*, v.35, n.3, p 303-11, 2001.
- RICOEUR, P. *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1990.
- MINAYO, M.C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000. 269 p.
- SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. *Agente Comunitário de Saúde: o ser , o saber, o fazer*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2002.
- SILVA, J. A. ; MENDES-GONÇALVES, R. B.; GOLDBAUN, M. *Atenção primária de saúde: avaliação da experiência do Vale do Ribeira*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1996.
- SPIRI, W.C. *Trabalho em equipe: o vivencial da equipe de reabilitação na fissura lábio-palatal*. 2001. 217 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- TRAD, L. A.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do PSF: uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.2, p.429-435, 1998

Ailton José Scavassa

e-mail: ailtonscavassa@yahoo.com.br

Rosane Guimarães Bachilli

e-mail: rosanegb@hotmail.com

Wilza Carla Spiri

e-mail: wilza@fmb.unesp.br