

O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico

Community-based health workers: building
the identity of this hybrid, polyphonic character

Mônica de Oliveira Nunes ¹
Leny Bonfim Trad ¹
Bethânia de Araújo Almeida ²
Carolina Ramos Homem ²
Marise Claudia I. de C. Melo ²

¹ Instituto de Saúde
Coletiva, Universidade
Federal da Bahia.
Rua Padre Feijó 29,
Salvador, BA
40110-170, Brasil.
nunesm@ufba.br
trad@ufba.br

² Departamento de
Sociologia, Faculdade
de Filosofia e Ciências
Humanas, Universidade
Federal da Bahia.
Rua Aristides Novis 2,
Estrada de São Lázaro,
Salvador, BA
40210-730, Brasil.

Abstract *This article analyzes the identity-building process for community-based health workers in the context of their role in the Health Family Program team and their interaction with the residents of communities where they work. Based on this analysis we specifically emphasize conflicts of interpretation, power relationships between both sides of identity-building for community-based health workers from three perspectives: that included in the official training of these workers, that produced by workers concerning themselves, and that transmitted by the community. The fact that community-based health workers live the reality of health practices in the neighborhoods where they live and work and are trained with biomedical references makes them actors that convey both the contradictions and the possibility for a deep dialogue between these two forms of knowledge and practice.*

Key words *Community Health Agent; Community Networks; Health Services; Family Health Program*

Resumo *O presente artigo analisa o processo de construção de identidade dos agentes comunitários de saúde (ACS) a partir de sua inserção na equipe do Programa de Saúde da Família e da interação com os moradores dos bairros onde atuam. Destacaremos dessa análise especialmente os aspectos que dizem respeito aos conflitos de interpretações, as relações de poder que se estabelecem entre os usuários do programa na construção identitária do ACS a partir de três perspectivas: aquela que vem inscrita na formação oficial desses agentes, aquela produzida pelo próprio agente acerca de si mesmo e da sua prática e aquela veiculada pela comunidade. Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.*

Palavras-chave *Agente Comunitário de Saúde; Redes Comunitárias; Serviços de Saúde; Programa Saúde da Família*

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) apresenta-se no atual cenário da política de saúde brasileira como um modelo de atenção em saúde, pautado no paradigma da vigilância à saúde que busca articular a ação programática em saúde com as políticas públicas setoriais e transsetoriais. Além disso, o PSF propõe uma ampliação do lócus de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços comunitários diversos. Tal característica vem contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes e a comunidade local.

O programa conta com uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, a partir de 2000, dentista, onde o agente comunitário de saúde (ACS) tem-se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos. Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas. Essa posição particular nos fez formular a hipótese de que o caráter híbrido e polifônico desse ator, o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um novo modelo assistencial, pois, numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação.

O presente artigo, analisa as práticas e discursos sobre os ACS, produzidos na realização de seu trabalho com famílias atendidas pelo PSF em áreas urbanas e rurais de cinco municípios do Estado da Bahia. Os dados que apresentados aqui foram produzidos no interior do estudo *A Construção Social da Estratégia de Saúde da Família: Condições, Sujeitos e Contextos*. O estudo de cunho etnográfico foi desenvolvido em nove áreas de estudo, nas quais o PSF tinha pelo menos um ano de implantação, entre 1999 e 2001, tendo sido realizadas cerca de 500 entrevistas domiciliares, nove grupos focais com famílias usuárias do programa e cinco com equipes do PSF, além de entrevistas complementares com informantes-chaves (ACS, médicos, gestor municipal, lideranças comunitárias etc.).

Para entender este processo de construção identitária do ACS e o papel, por vezes contra-

ditório, que joga na reestruturação do modelo de atenção em saúde, adota-se como ponto de partida uma reflexão sobre a formação desse profissional, detendo-se, contudo, nas relações de poder que se estabelecem, seja no interior das equipes ou na relação com a comunidade e nos conflitos de interpretações que se depreende do seu papel de tradutor.

A formação dos agentes comunitários de saúde

Dentre as atribuições dos ACS definidas pelo Ministério da Saúde (MS), duas merecem uma atenção especial quando se discute a formação desses profissionais. A primeira, afirma que os ACS devem “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” e a segunda, salienta que eles devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (MS, 1998:18). Curiosamente, nessas duas atribuições pode-se identificar o movimento bi-direcional dos agentes, aqueles que, de um lado, informam à população “modos de fazer” estabelecidos pelo sistema médico oficial e que, de outro lado, munem os profissionais de saúde de elementos-chaves para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população.

Nesse sentido, o treinamento desses agentes deve munir-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades. Vale lembrar a distinção formulada por Jeffer et al. (1971), e reportada por Paim (1982), entre desejos, demandas e necessidades. Desejos e demandas seriam construções dos próprios usuários, sendo que *desejos* estariam ligados à *percepção* de problemas de saúde que gerariam a necessidade de ter acesso a um serviço de saúde, enquanto que a *demanda* já incluiria uma *avaliação da possibilidade* concreta de ter acesso a esse serviço desejado. Por outro lado, as *necessidades* de serviços de saúde seriam a quantidade e o tipo desses serviços, definidos pelos profissionais (médicos), para serem consumidos pela população para permanecer ou tornar-se sadia.

Vale ressaltar que a população coberta pelo PSF nos municípios estudados, inscreve-se nesse quadro de carências e precariedade, seguindo a tendência já constatada por Solla et al. (1996), em um estudo extensivo de avaliação

do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na Bahia. Além disso, existe nesse programa um propósito de aumento da cobertura e do acesso da população adscrita aos serviços de saúde (ações básicas e níveis especializados), o que, idealmente, levaria à redução da distância entre o “desejo” de serviços de saúde e a “demanda” concreta dos mesmos.

Não podemos esquecer, sobretudo, que a família representa um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias, que não podem ser desconsideradas pelos profissionais de saúde (Trad, 1999). Tais tarefas implicam no fortalecimento do vínculo com a família com uma dupla finalidade: levar o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar e fortalecer a capacidade da população de enfrentamento dos problemas de saúde, através da transmissão de informações e conhecimentos (Trad & Bastos, 1998).

Por outro lado, é necessário treinar os ACS para realizarem procedimentos técnicos como medida de peso e altura de crianças, verificação do estado de vacinação das mesmas, além de desenvolverem atividades educativas visando a implementação de procedimentos saudáveis nas pessoas da comunidade, especialmente no que se refere a hábitos higiênicos e alimentares, entre outras ações. Nesse ponto, é imprescindível o desenvolvimento e/ou incorporação de novas tecnologias em saúde, sob pena de comprometimento na qualidade e efetividades das ações desenvolvidas.

A formação dos ACS não pode prescindir, portanto, da combinação de conteúdos que os habilitem para o reconhecimento da “*dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades – que podem ser considerados os pontos cegos*” (N. Almeida Filho, comunicação pessoal) em uma abordagem epidemiológica estrita – com outros que os instrumentalizem para intervenções técnicas específicas.

Agente comunitário de saúde face à equipe de saúde e ao saber médico

Um primeiro aspecto que ressalta das falas dos ACS é a nova responsabilidade que assumem, ao compor a equipe de saúde da família, de dominar certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina. Observa-se que a formação que recebem, lhes dá um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular que dispunham previamente, o que lhes confere prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da so-

cidade. Ao mesmo tempo, esse processo gera ansiedade quando o ACS compara o seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe. Isso lhes conduz, por vezes, a uma insatisfação quanto à irregularidade ou insuficiência da educação que recebem.

Um segundo aspecto reportado, de forma direta ou velada, é o conflito de poder que se instaura quando o ACS passa a dividir, e mesmo disputar, o seu lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe, principalmente com os médicos. Isso ocorre, por exemplo, quando os ACS atuam em áreas cobertas exclusivamente pelo PACS e, que no momento de implantação do PSF, são incorporados na equipe do programa.

Essa situação é especialmente reportada em casos onde os ACS se revelavam pessoas muito atuantes no bairro, muitas vezes dotados de grande habilidade política, de grande autonomia nas suas ações relativas à resolução de problemas de saúde e de fácil trânsito na comunidade. A chegada da equipe de saúde, nesses casos, pode inibir essa autonomia gerando, tanto sentimentos de ciúme da parte do ACS, como desarmonia na condução de ações.

A inclusão do ACS no PSF representa também, segundo vários relatos, um aumento significativo de trabalho e de responsabilidade, sem que isso seja acompanhado de aumento salarial correspondente. 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: três, entre os cinco municípios investigados na Bahia, pagavam apenas o salário mínimo para os ACS. O salário dos médicos variava entre R\$ 3.000,00 a R\$ 3.500,00, enquanto as enfermeiras percebiam entre R\$ 1.200,00 a R\$ 2.500,00. Esse sentimento de desvalorização do trabalho do ACS (que é compartilhado inclusive pelos outros profissionais da equipe) torna-se particularmente evidente se consideramos a hipótese, fundada em relatos da comunidade, de que o ACS e o médico são considerados as duas personagens chaves do PSF.

Evidentemente que também existem menções, por parte dos ACS, da ampliação do seu poder de resolutividade após serem incluídos no PSF. Alguns referem mesmo que o seu prestígio social aumentou pelo fato de terem passado a ter acesso privilegiado a outros profissionais e ações de saúde, o que cria nos moradores uma maior confiança quanto à possibilidade de resolução dos seus problemas. 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.

Um terceiro aspecto importante da relação do ACS com a equipe de saúde da família e com o próprio saber médico, situa-se na sua vinculação com um saber popular de saúde e no conhecimento que dispõem acerca da dinâmica social da comunidade onde habitam. Esse ponto requer uma análise da maneira como o saber e a prática biomédica veiculados por intermédio dos ACS penetra no universo popular.

O papel de tradutor do agente comunitário de saúde

A análise das formas como conhecimentos e práticas biomédicas são transmitidos à comunidade pelos ACS, passa necessariamente pelo entendimento do significado que uma intermediação de um agente proveniente das classes populares assume na comunicação de saberes desenvolvidos em um universo técnico-científico específico, com aspectos fortemente influenciados por práticas presentes em outra classe social. Trata-se de explorar o conceito de “tradutor” (Geertz, 1983), que o ACS assume, localizando aqui essa “tradução” no sentido que vai do universo científico ao popular.

Sabe-se que a escolha de residentes dos próprios bairros de atuação da equipe de saúde da família para desempenharem o papel de agentes comunitários tem por finalidade, entre outras, o aumento da eficácia das ações de educação para a saúde. Esse aumento da eficácia dever-se-ia ao fato dessas pessoas compartilharem um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo lingüístico. Essa partilha facilitaria a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas do bairro, assim como, o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no âmbito da adesão às recomendações médicas.

A questão que se coloca aqui é quão conscientes são os ACS do conhecimento que lhes é genuíno para a transformação das condições de saúde da população. A segunda questão é quão favorável é a dinâmica das equipes de saúde da família para a real incorporação desse conhecimento. Embora essas não tenham sido questões diretamente formuladas aos ACS no âmbito desta pesquisa, algumas situações permitem tangenciá-las.

Um aspecto revelador diz respeito às estratégias empiricamente desenvolvidas pelos ACS para implementarem ações de educação para a saúde. Muitas dessas estratégias surgem da percepção de que a proposição de mudanças de

hábitos e comportamentos (alimentares, higiênicos e outros) encontram, por parte da população, várias formas de resistência. Essa resistência pode manifestar-se, seja de forma a simplesmente não adotar esses comportamentos propostos, até formas de oposição deliberada, manifestada pela recusa em receber membros da equipe no domicílio.

Os casos de resistência traduzem muitas vezes, a idéia de que as pessoas estão se sentindo desvalorizadas na sua forma de ser, ou revelam que não existe um verdadeiro diálogo entre o saber popular e o saber médico que permita refletir acerca das lógicas próprias que os subsumem, e identificar como ambos contribuem para o bem estar das pessoas. De um lado, é verdade que existem algumas práticas populares que são nocivas à saúde, a partir da concepção biomédica, por outro, é preciso compreender que essas práticas estão inscritas em redes de significados socioculturalmente construídas.

Uma agente comunitária de saúde insistia em nos apresentar a uma moradora que resistia muito em fazer a sua limpeza corporal de forma adequada. Dizia-nos que era uma moça que “fedia” e que não havia jeito de convencê-la em tomar banho diariamente. Conversando um pouco mais sobre a história dessa moça, descobrimos que ela vivia uma relação conjugal extremamente difícil, onde o marido associava a limpeza corporal da sua mulher a uma intenção desta de “perfumar-se para encontrar outros homens”, chegando mesmo a tornar-se violento nessas situações. O que nos chamou a atenção foi a total insensibilidade da agente a essa história de vida, que só nos foi relatada após perguntarmos se haveria alguma razão para que a moça não gostasse de tomar banho. O que a agente insistia em enfatizar era muito mais a existência de pessoas na comunidade que não seguiam as recomendações da equipe de saúde, considerando tais situações como mera questão de obediência e de decisão racional (Bibeau, 1997).

Outros exemplos nos chamam a atenção para a dificuldade de se problematizar seriamente esses impasses. Num segundo município, a entrevista com a equipe de saúde indica que as áreas mais pobres (as invasões), são aquelas que mais hostilizam o pessoal da equipe de saúde, especialmente quando o assunto são as questões higiênicas. As pessoas se sentem ofendidas quando os agentes lhes sugerem que seus filhos ou suas casas não estão suficientemente cuidados e limpos. Pode-se pensar que a questão da higiene (como também a questão da alimentação), remete a uma questão tão bem desenvolvida por Douglas (1970),

que é a relação entre o puro e o impuro e sua teia de articulações simbólicas. Não se mexe portanto, impunemente ou inocentemente nesses temas. Sabe-se o quanto eles canalizam significados que mobilizam profundamente as pessoas, tanto no âmbito da sua subjetividade quanto das representações coletivas. Os tabus associados ao impuro. A sujeira escondida, agora desnudada, fazendo emergir no seu lodo as imundícies sociais: a desigualdade, a precariedade da moradia, a baixa auto-estima. A sujeira desnudada revelando afetos mal cuidados no âmbito da família. Ou, numa perspectiva diametralmente oposta, a “sujeira” também pode veicular aspectos positivos da cultura, considerando-se que excrementos e secreções humanas não são universalmente significadas da mesma maneira. Assim, por exemplo, no candomblé, o suor, a saliva, a proliferação de vermes em infusões de folhas maceradas etc., são meios de transmissão de “axé” de uma pessoa para outra, ou de um elemento da natureza para uma pessoa.

O que se percebe na ação educativa desenvolvida por certos membros da equipe de saúde, é principalmente a redução de toda a complexidade que venha articulada no núcleo de histórias e culturas que explicitam a confrontação de saberes ou, mais simplesmente, a impossibilidade de adesão às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde. O objetivo de conduzir a população à adoção de “hábitos e estilos de vida saudáveis”, leva a uma total normatização da vida que passa a ser encarada a partir de bons e maus comportamentos, e de pessoas mais dóceis e obedientes que se distinguem de outras mais indisciplinadas e problemáticas. Os critérios para que os agentes classifiquem as pessoas da sua comunidade de origem de forma positiva ou negativa, passam a ser exclusivamente guiados pelas recomendações biomédicas, sem que haja um esforço de contextualização ou de reflexão. As verdades científicas passam a produzir verdades sobre corpo, alma e mente (A. Heller, comunicação pessoal).

Curiosamente, uma parte importante do trabalho do ACS produz-se pelo fato de ele pertencer a esse mesmo universo e, portanto, supostamente compreender *de dentro* esses conflitos. Por essa mesma razão, a superação dessas dificuldades é, em alguns casos, buscada por esse ator a partir de uma perspectiva de dentro do universo de sentido das pessoas da comunidade. Nota-se inclusive que, numa perspectiva ampliada, 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. Numa das reuniões com uma das equipes estudadas, a médica pede ao agente comunitário para explicar como certas tecnologias médicas populares são utilizadas no cuidado à saúde.

Vários exemplos da riqueza da introdução de saberes populares na melhoria ao cuidado à saúde das pessoas das classes populares poderiam ser mencionados. No entanto, queremos agora centrar a discussão deste artigo em uma questão que aparece com muita força no discurso dos vários entrevistados, e que conduz à introdução de um aspecto cultural fundante da subjetividade das pessoas das classes populares e que define a posição que o ACS ocupa em um universo relacional característico da sociedade brasileira, e particular nos grupos populares. Um dos exemplos mais marcantes da importância do aspecto relacional na atuação dos ACS é expresso quando, falando das estratégias para melhor alcançar os seus objetivos em relação a mudanças de hábitos e comportamentos, ele fala de níveis de aproximação necessários com as pessoas, resumindo assim a sua atuação: “*eu me faço mais de amigo*”.

A posição do agente comunitário de saúde na rede social comunitária

O PSF situa-se entre essas práticas que buscam aumentar o exercício da cidadania, especialmente em camadas pauperizadas da população, garantindo-lhes o acesso a meios de promoção da saúde. Da Matta (1991), chama atenção para o fato que cidadania “*não é algo natural*”, posto que está submetida a regras culturais e sociais. O autor apóia-se na clássica distinção de Dumont (1991), entre sociedades individualistas, onde o que conta como uma unidade positiva do ponto de vista moral e político é o indivíduo, e sociedades coletivistas, onde de todo prevalece sobre as partes, onde a hierarquia é um princípio básico e onde o que vale é a relação. Situando o Brasil nesse segundo grupo, Da Matta chama atenção para o fato de que uma consequência notável desse modelo no nosso país é que pode-se afirmar que aqui “*um indivíduo isolado e sem relações é considerado altamente negativo, revelando apenas solidão de alguém que, sem ter relações, é um ser humano marginal*” (Da Matta, 1991:77). Nesse sentido, o autor conclui que no Brasil, “*é a relação que explica a perversão e as variações da noção de cidadania, pois se o indivíduo não tem nenhuma ligação com pessoa ou instituição de*

prestígio na sociedade, ele é tratado como inferior” (Da Matta, 1991:78).

Nesse ponto do argumento, podemos retornar a discussão acerca da posição e dos significados assumidos pelo ACS nesse universo relacional, e dos resultados destes na sua prática concreta. É importante ressaltar, que essa dinâmica atravessa as interações que envolvem os outros membros da equipe de saúde da família na experiência que esse programa oferece de relacionar-se além das fronteiras do posto de saúde. As fronteiras se alargam, a lógica das interações se transforma. A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos.

O fato de ser o ACS um membro da própria comunidade, torna as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos e definindo posições e papéis muito particulares. As metáforas provenientes de falas de pessoas da comunidade ao se referirem ao trabalho do ACS, revelam-se num primeiro meio importante para traduzir o papel desempenhado pelos mesmos e a posição que ocupam nesse contexto. As metáforas variam desde uma analogia maciça do ACS com o lado institucional do seu trabalho, “*o nosso agente é o posto de saúde*”, até outras que privilegiam a sua posição de mediadores ou de intermediários entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde: “*ele é a ponte*”, “*é o comunicador*”. Na maioria das vezes, essas referências são inscritas em um julgamento positivo dessas ações, percebidas como importantes por uma série de razões.

A primeira dessas razões relaciona-se com o fato bem concreto de que o ACS facilita o acesso das pessoas aos serviços médicos, especialmente às ações desenvolvidas pela própria equipe de saúde da família. Trata-se de pessoas que moram no próprio bairro, freqüentam com assiduidade as residências dos moradores, ou podem ser facilmente encontradas pelos mesmos, o que lhes permite identificar problemas de saúde e agendá-los para consultas: “*E antes, quando eu cheguei aqui, não tinha um posto médico, agora tem; tem os agentes de saúde que eu acho muito legal, muito bom, que vai na casa da pessoa, né? Assim, quando pode, marca o médico pra gente, às vezes a gente tá trabalhando, não pode marcar, eles vão e marca, muito bom isso*”.

Naturalmente que essa facilitação do acesso deve-se ao fato do ACS apresentar uma inscrição oficial na rede de assistência, o que lhes garante um nível razoável de resolutividade em

relação a algumas ações de saúde: “*Se você disser assim, Daisy eu quero a requisição pra meu exame, já chega na porta, é só carimbar e ir fazer seu exame. Ela pede, a médica vai e receita. Ela vai e consegue*”.

Um outro aspecto importante ressaltado pelos usuários é o caráter sério, assíduo e relevante do ponto de vista biomédico do trabalho dos agentes: “*Eu acho ótimo. A agente de saúde sempre passa em casa, vê se as vacinas estão em dia, eu acho ótimo atendimento*”.

“*É ótimo porque ele investiga tudo, no caso assim, a gente tendo... tá doente, às vezes precisa de uma cirurgia, um negócio, ele pergunta que cirurgia a gente vai fazer, ele anota o dia que vamos operar*”.

“*Alimentação pra ver como é que tá. Às vezes tem mãe que não dá a comida que é normal, já dá o pó de farinha, é outra coisa, aí ele diz não, leva para a pediatra passar a comida normal da criança*”.

Esses relatos remetem à discussão anteriormente conduzida acerca do papel de “tradutor” do ACS, veiculando na comunidade saberes e práticas biomédicos. Essas práticas, como por exemplo, o poder dos ACS de marcar consultas para os demais moradores, podem ser valoradas de forma negativa, encarando esse fato como uma forma geradora de privilégios, onde as pessoas mais próximas e afins ao ACS seriam beneficiadas em detrimento de outras. Essas práticas dos ACS podem também ser valoradas de forma positiva, encarando o ACS como um importante aliado e mediador entre a comunidade e a equipe de saúde, facilitando o acesso dos primeiros às consultas.

Observa-se que, em ambos os casos, o julgamento da prática dos ACS pode ser compreendido a partir da lógica relacional discutida por Da Matta (1991). Ela se aplicaria tanto para compreender o sentimento de “valorização”, e poderíamos acrescentar de “proteção” e de “amparo”, experimentado por aqueles que se sentem parte da “rede de relações”, como o sentimento de indignação daqueles que foram, por alguma razão, excluídos da mesma. Isso se torna ainda mais evidente por serem essas pessoas membros de grupos sociais a quem tradicionalmente faltou a possibilidade de acesso a direitos básicos de cidadania, sendo esse acesso quase sempre facilitado pela intermediação de pessoas dotadas de uma certa influência, ou seja, pelo mecanismo de “apadrinhamento”.

A consideração desse aspecto, central à cultura brasileira, torna-se crucial quando se pensa em “transformar mentalidades” no âmbito de um novo modelo assistencial. Esse é um tema freqüentemente presente e dotado de uma

retórica elaborada dentro da equipe de saúde e dos demais gestores. Podemos pensar entretanto, que nem sempre as práticas dos vários atores sociais, envolvidos nesse programa, se conduzem de modo a realmente se distanciar das benevolências de ofertas paternalistas. Também deve-se estar atento para quando a lógica relacional determina o que Da Matta (1991), chama de “perversão” das práticas de cidadania, passando a operar a partir de muitos códigos de comportamento e pela aplicação diferenciada das leis, o que serve para gerar privilégios.

Vale, entretanto, distinguir bem os aspectos positivos e negativos dos modos de interação social presentes na sociedade brasileira. Não se trata de querer transpor modelos, invalidando o que existe de autêntico e positivo na forma com a qual as pessoas se relacionam em grupos sociais, onde ainda persistem valores ligados à hierarquia e a perspectiva sociocêntrica é prioritária. Nesse sentido, importantes valores como o da solidariedade, o da extensão da família além dos muros de uma moradia ou dos limites de uma família nuclear, a coexistência de procedimentos técnicos e manifestações afetivas, tudo isso pode se constituir em um grande arsenal de criação de práticas mais humanas e coletivistas. Pode-se pensar que esse modelo relacional condicional, então, a excessiva valorização dos aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com os moradores, bem como a ênfase que é colocada pelos usuários do PSF em conteúdos ligados à vida pessoal dos agentes, chegando por vezes ao extremo de exercerem um controle social sobre as suas vidas privadas.

“(...) Eu já conversei com B. [ACS] de novo, e ele retorna de novo, ele tá sempre assim, tratando a gente muito bem. Ele é muito prestativo, se ele fala assim ‘tal dia eu venho aqui dar a resposta sobre o posto e tal’, sempre ele tá encaminhando a gente, dando a maior força” (usuária em município A).

“A gente tem a visita do agente comunitário, que antes não tinha. Agora a gente tem as agentes comunitárias que sempre tá pensando em nossos filhos, visitando nossa casa (...)” (usuária em município B).

Talvez um dos exemplos mais paradigmáticos da predominância do aspecto relacional tenha sido durante a realização de um grupo focal com membros de uma das comunidades. O tom de agressividade para com os agentes comunitários da área, era algo incomum quando comparávamos às outras áreas que tínhamos visitado: *“Nem vou mais aí, nem procuro as agentes de saúde, é. Dificilmente a agente de*

saúde vai na minha casa, é. Dificilmente a agente de saúde vai na minha casa e a agente de saúde da minha casa é C. É difícil ela ir na minha casa e, quando vai, eu não preciso, nem eu nem meus filhos precisam e pra que ir na minha casa? Quando for agora, eu boto pra fora”.

De uma hora para outra, esse clima se estendeu e deu o tom predominante do grupo focal, que parecia ser o de uma grande insatisfação com o trabalho dos agentes comunitários. Num dado momento, resolvemos sair das perguntas genéricas acerca de satisfação com a realização do trabalho dos agentes e partimos para uma questão pessoal.

“Eu acho que o fato de ser alguém que é vizinho, que mora onde a gente conhece... A gente sabe que a gente é amigo de uns vizinhos e de outros é menos amigo... Então, eu tô perguntando se não é isso também que interfere e se a gente não teria outras formas de resolver esse problema?”

As respostas foram imediatas, trazendo um primeiro comentário elogioso, que na verdade representou o ponto de virada semântico do grupo focal, seguido de um outro, de uma segunda pessoa, que insistia em um comentário crítico, trazendo um conteúdo totalmente desvinculado das questões ligadas à ação propriamente dita dos ACS, o que corroborava o caráter extremamente pessoal, afetivo e relacional do julgamento:

R1: *“A minha é ótima! Eu não tenho do que falar”*.

R2: *“A minha agente de saúde mora em cima da minha casa. Parece uma nega do leite”*.

Observa-se ainda que tal nível de intolerância desenvolve-se ainda mais, pautado no fato de que o ACS efetivamente ocupa uma função de poder na comunidade, o que pode ser positivamente interpretado, em casos de aliança e de boa relação com o mesmo, ou pode ser rechaçado, no caso oposto. Nesse último caso, as pessoas tentam resolver o problema de forma não convencional, abdicando dos procedimentos disponíveis no PSF. Nesse sentido, apresentar um problema com os ACS pode inviabilizar a participação no PSF, de acordo com o binômio amizades/inimizades. Isso mostra a importância de se desenvolver critérios de avaliação do desempenho dos ACS no plano relacional.

Considerações finais

Baseando-se em A. Heller (comunicação pessoal), podemos dizer que a análise das narrativas produzidas por usuários e por profissionais de saúde do PSF, nos permitem concluir que as

“necessidades humanas” e as de saúde, não se resumem às necessidades naturais (biológicas), estendendo-se às existenciais (no sentido de necessidades de existência, de caráter social) e incluindo as humanas (amor, amizade, atividade moral).

Tal como afirma Da Matta (1991:94), “*será preciso trazer para o estudo sério o papel da amizade, do compadrio e da lógica das relações pessoais em geral como um dado básico da sociedade e não como capítulos anedóticos*”. Com isso, queremos dizer que uma avaliação do desempenho da equipe de saúde, em particular do ACS, deve levar em consideração a dinâmica relacional comunitária que se desenvolve em torno desse agente. Acrescentaríamos ainda, pautados em toda uma série de estudos especialmente desenvolvidos na América do Norte, no campo da Antropologia, nas últimas duas décadas, que não se pode permanecer situando o campo dos afetos e dos sentimentos em uma perspectiva marginal, na tradicional dicotomia cartesiana: razão/sentimento, ou na perspectiva tão cara aos planejadores de saúde: razão prática/subjetividade. Na realidade concreta, esses dois aspectos se mostram muito mais imbricados e se auto-determinam.

Por fim, valer notar que as expectativas depositadas em torno da participação dos ACS inscrevem-se em um verdadeiro “fogo cruzado”, onde demandas às vezes paradoxais se superpõem. Assim, enquanto a comunidade o inscreve em uma demanda de tipo predominantemente pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica. Os ACS, por sua vez, somam a expectativa de uma competência técnica a valores e conhe-

cimentos que estão arraigados à sua cultura, e que entram em choque com aquela primeira, os quais algumas vezes nem eles próprios se sentem capazes de modificar em si mesmos. Observa-se que a posição do ACS é tanto mais difícil, porque é híbrida e de mediação.

Longe de se pensar que isso se constitui em um problema, acreditamos, ao contrário, que aí reside a força e a riqueza da presença desse ator social em uma equipe de saúde. Para que essa força e essa riqueza possam se manifestar, é fundamental que os conflitos emergentes sejam pontos prioritários de reflexão, o que permitirá uma real abertura de fronteiras do que antes era restrito ao domínio único do saber e da prática biomédicos. Como diz Risério (2000), falando de diversidade cultural, mestiçagem étnica e remetendo-se à nossa história: “*O que tivemos aqui, da aldeia euro-tupinambá de Caramuru à chegada dos africanos, foi a configuração de uma nova realidade socioantropológica. É certo que o que ocorreu foi um encontro assimétrico. Encontro de conquistadores e conquistados e, em seguida, de senhores e escravos. Mas havia margem de manobra, lugar para reinvenções institucionais, para a construção de mundos culturais paralelos, num processo de mestiçagem permanente, de miscigenação genética e simbólica, que se estende do nascimento da Cidade da Bahia ao exibicionismo tecnológico de hoje*” (Risério, 2000:101). Embora não seja esse o nosso tema, a analogia do “encontro” e a metáfora da “mestiçagem” nos servem de pontos de ancoragem, ou de partida... “*E mestiçagem, aviso, não é sinônimo de homogeneidade. Não exclui o pluri, o anti, o trans*” (Risério, 2000:107).

Referências

- BIBEAU, G., 1997. At work in the fields of public health: The abuse of rationality. *Medical Anthropology Quarterly*, 11:246-255.
- DA MATTA, R., 1991. *A Casa & a Rua*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- DOUGLAS, M., 1970. *Purity and Danger*. Harmondsworth: Penguin.
- DUMONT, L., 1991. *Essays sur l'Individualisme. Une Perspective Anthropologique sur l'Idéologie Moderne*. Paris: Éditions du Seuil.
- GEERTZ, C., 1983. *Local Knowledge*. New York: Basic Books.
- JEFFER, J. R.; BOGNANO, M. F. & BARFLET, J. C., 1971. On the demand versus need for medical service and concept of shortage. *American Journal of Public Health*, 61:46-63.
- MS (Ministério da Saúde), 1998. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília: MS.
- PAIM, J., 1982. As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. *Revista Planejamento*, 8:39-46.
- RISÉRIO, A., 2000. *A Via Vico e Outros Escritos*. Salvador: Oiti Editora.
- SOLLA, J. J. S.; MEDINA, M. G. & DANTAS, M. B. P., 1996. O PACS na Bahia: Avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate*, 51:4-15.
- TRAD, L. A. B., 1999. Problematizando a interação entre profissionais de saúde e famílias no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface*, 2:103-106.
- TRAD, L. A. B. & BASTOS, A. C. S., 1998. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): Uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, 14:429-435.

Recebido em 26 de julho de 2001

Versão final reapresentada em 30 de novembro de 2001

Aprovado em 7 de maio de 2002