

Maristela Oliveira Lara

**CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
DE ÁREAS RURAIS**

Belo Horizonte - MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2008

Maristela Oliveira Lara

CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DE ÁREAS RURAIS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Menezes Brito

Belo Horizonte - MG
Escola de Enfermagem da UFMG
2008

Ficha Catalográfica

Preparada pelo Serviço de Biblioteca / UFVJM
Bibliotecária: Ieda Maria Silva – CRB - 6ª nº 1251

L318c 2008	Lara, Maristela Oliveira Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais. / Maristela Oliveira Lara. – Belo Horizonte: UFMG, 2008. 136 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Orientadora: Prof. ^a Dr. ^a Maria José Menezes Brito 1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Identidade. I. Título. 614.2	CDD:
---------------	---	------



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Dissertação intitulada "*Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais*", de autoria da mestrande Maristela Oliveira Lara, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

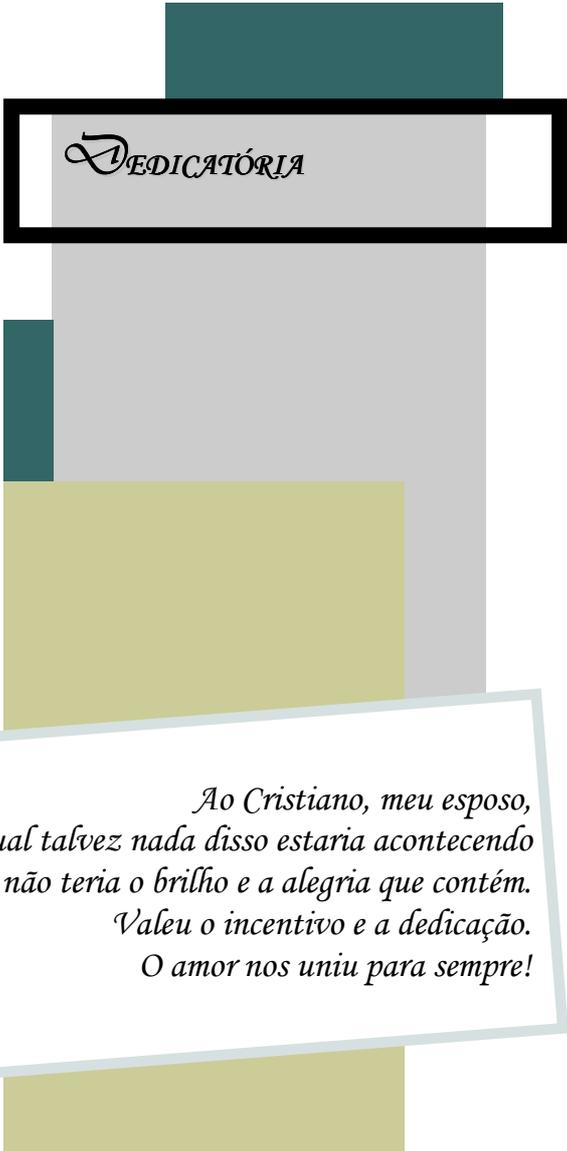
Prof.^a Dr.^a Maria José Menezes Brito - ENA/EEUFMG - Orientadora

Prof. Dr. Angelo Brigato Éster - FEA/UFJF

Prof.^a Dr.^a Paula Cambraia de Mendonça Vianna - ENA/EEUFMG

Prof.^a Dr.^a Cláudia Maria de Mattos Penna
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem/UFMG

Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2008



DEDICATÓRIA

*Ao Cristiano, meu esposo,
sem o qual talvez nada disso estaria acontecendo
ou não teria o brilho e a alegria que contém.
Valeu o incentivo e a dedicação.
O amor nos uniu para sempre!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu força e sabedoria para resistir às dificuldades e continuar rumo à conquista do sonho.

À Professora Dra. Maria José Menezes Brito, por quem tive o privilégio de ser orientada e com a qual pude dividir momentos particulares e exclusivos da minha vida. Ficaré o carinho, a amizade e o modelo.

Aos Professores e à Escola de Enfermagem da UFMG, por possibilitarem-me cursar o mestrado e ter um aprendizado enriquecedor. Em especial, à Professora Cláudia Maria de Mattos Penna, com a qual aprendi o significado das pequenas coisas no nosso cotidiano de trabalho.

A meu pai, Sr. Lara e minha mãe Noeme, que sempre me apoiaram e sempre estiveram preocupados com a minha felicidade.

Aos meus irmãos Mauro, Márcio e Marcos, pelo carinho, presença e acolhimento.

A Selma, com quem partilhei alegrias, tristezas, viagens e sonhos. Agradeço, especialmente, o incentivo, a amizade e a colaboração constante.

A Daniele Nunes, pela amizade, companheirismo e a preciosa colaboração na realização deste trabalho.

A minha querida Equipe de Agentes Comunitários de Saúde de São João da Chapada (Equipe Sol), pela compreensão, auxílio e disponibilidade. Perdoe-me minhas ausências e falhas.

Aos Colegas do Mestrado, pelo acolhimento, amizade e conhecimento construído, em especial, a Fernanda, Ana Paula, Ângela e Elisângela.

Aos meus amigos, por nunca me deixarem desanimar e pelos momentos de magia em que transformavam os obstáculos em risos largos.

A Ieda Maria Silva, pelo empenho empregado na elaboração da ficha catalográfica.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, principais colaboradores deste estudo, e demais participantes, obrigada pela recepção, aceitação e contribuição à ciência.

Sozinho não se é ninguém!

RESUMO

LARA, M. O. **Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais**. 2008. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

O presente estudo teve como objetivo compreender a identidade social do Agente Comunitário de Saúde inserido em equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em áreas rurais, tendo em vista as implicações de fatores culturais na prática desse ator com a comunidade. O estudo foi realizado em uma equipe de ESF e duas de PACS do município de Diamantina, MG. Os sujeitos da pesquisa foram constituídos de 15 agentes comunitários de saúde, três enfermeiras, uma médica, três auxiliares de enfermagem e 11 usuários com mais de 18 anos, residentes na área dessas equipes. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e a coleta de dados adotada foi a entrevista individual em profundidade, com roteiro semiestruturado, aplicada pela pesquisadora mediante assinatura do entrevistado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise dos dados e resultados foi realizada com a técnica da Análise de Conteúdo Temático. Essa análise revelou que há uma forte ligação dos valores e cultura do agente com a comunidade onde reside e trabalha. Somados a essa realidade, estão os conhecimentos biomédicos adquiridos na prática cotidiana, suas trajetórias de vida e a atuação em uma função ainda pouco conhecida e valorizada. No que diz respeito ao cotidiano de trabalho do ACS, percebemos a prática de ações educativas direcionadas para os cuidados preventivos e para aqueles de promoção da saúde; o principal foco é a família e o instrumento, a visita domiciliar. As práticas de trabalho do agente que foram categorizadas no plano pessoal e profissional, repercutem em implicações na sua vida. No geral, a imagem de um agente para outro é tida como positiva, o que lhe possibilita despontar como um ator importante e indispensável no modelo de atenção básica à saúde atual. O fato de o agente trabalhar na sua comunidade de residência é considerado por uma maioria como uma proximidade favorecedora para o relacionamento e levantamento de problemas locais. O relacionamento com o agente é considerado bom tanto com os profissionais quanto com os usuários.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Saúde da Família; Identidade.

ABSTRACT

LARA, M. O. **The configuration of the Community Health Agent's identity in Rural Areas.** 2008. 136 f. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Nursing School, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

The present study aims to understand the social identity of the Community Health Agent inserted in the Family Health Strategy (FHS) and the Community Health Agents Program (CHAP) in rural areas, considering the implications of cultural factors in the interaction with the community. The study was done with one FHS and two CHAS teams in the county of Diamantina, Minas Gerais. The research subjects were 15 community health agents, 3 nurses, 1 doctor, 3 auxiliary nurses and 11 adult (over 18 years old) users living in these teams' areas. The study was approved by the Research Ethic Committee of the Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, and in-depth personal interview was adopted as the method to collect data, with a semi-structured script, applied by the researcher after signing by the interviewed of a Free and Clear Consent Term. Data and results were analyzed through Thematic Content Analyses technique. This analysis revealed that there is a strong connection between the agent's values and culture and those of the community where he/she lives and works. Adding to this reality is the biomedical knowledge acquired in daily practice, their life stories and the performing of a function not yet vastly recognized and valued. Regarding the working routine of the CHA, we perceive the practice of educational actions aimed at preventive care and health promotion; the main target is the family and the instrument, house calls. The agent's practices that were categorized in personal and professional levels reflect upon his/hers life. In general, the CHA image is taken as positive, which enables him/her to rise as an important actor playing an indispensable role in the present model of attention to basic health. The fact that the agent works in his/her community of residence is considered by most as nearness that favors relationship and the survey of local problems. Relationship with the agents is considered good both by the professionals and by the users.

Key-words: Community Health Agent; Family Health; Identity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Sentimentos observados nos agentes comunitários de saúde.....	49
Quadro 2	- Orientações transmitidas pelos agentes comunitários de saúde.....	60
Quadro 3	- Descrição do trabalho apontado pelo agente comunitário de saúde.....	63
Quadro 4	- Implicações do trabalho do agente comunitário de saúde.....	70
Quadro 5	- Sentimentos expressos pelo agente comunitário de saúde em relação ao trabalho e atividade de orientação.....	84
Quadro 6	- Aspectos positivos e negativos da identidade virtual dos agentes comunitários de saúde de área rural.....	98
Quadro 7	- Aspectos positivos e negativos da identidade virtual dos agentes comunitários de saúde de área rural.....	103
Quadro 8	- Aspectos positivos e negativos da identidade virtual dos agentes comunitários de saúde de área rural.....	106
Quadro 9	- Aspectos positivos e negativos da identidade virtual dos agentes comunitários de saúde de área rural.....	109
Figura 1	- Análise dos atos de pertencimento do agente comunitário de saúde.....	77
Figura 2	- Análise dos atos de atribuição do agente comunitário de saúde.....	97

LISTA DE TABELAS

1	- Distribuição dos sujeitos participantes da pesquisa segundo categoria e equipe pertencente.....	40
2	- Cargos anteriormente ocupados pelos agentes comunitários de saúde.....	52
3	- Distribuição dos usuários de serviço de saúde segundo faixa etária.....	55
4	- Distribuição dos usuários de serviço de saúde entrevistados segundo nível de escolaridade.....	55
5	- Distribuição dos usuários de serviço de saúde entrevistados segundo remuneração informada.....	56

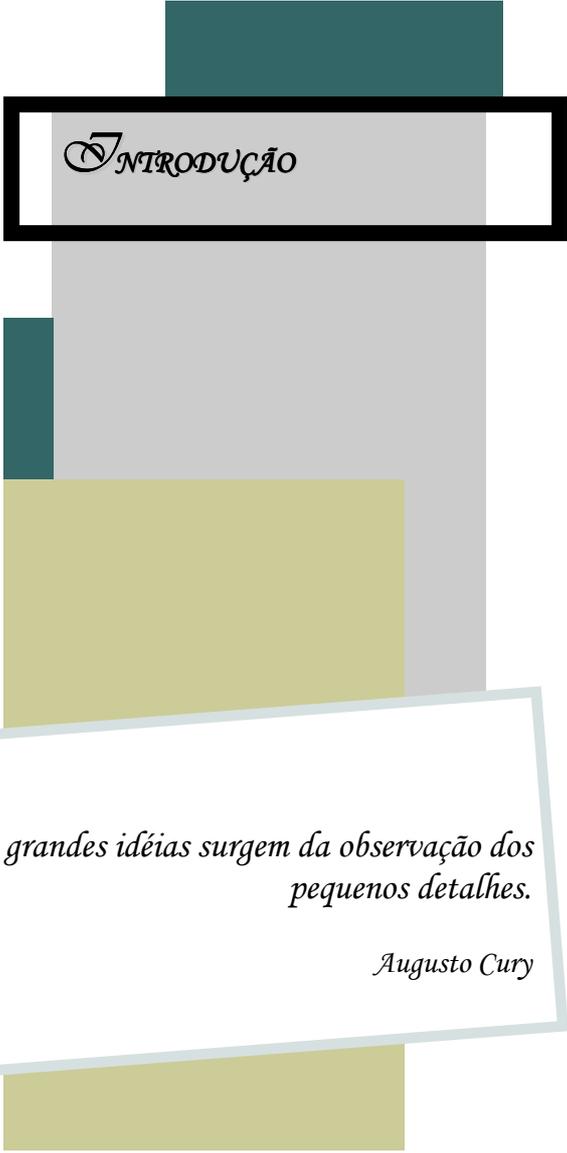
LISTA DE SIGLAS

A	-	Agente
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AE	-	Auxiliar de Enfermagem
E	-	Enfermeiro
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
F.Sesp	-	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUNASA	-	Fundação Nacional de Saúde
JK	-	Juscelino Kubitschek
M	-	Médica
PA	-	Pressão Arterial
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	-	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PNACS	-	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PROCAJE	-	Programa de Capacitação do Jovem Empreendedor
PSF	-	Programa de Saúde da Família
SESP	-	Serviço Especial de Saúde Pública
SUCAM	-	Superintendência das Campanhas de Saúde Pública
SUS	-	Sistema Único de Saúde
U	-	Usuário
UFVJM	-	Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri
UNESCO	-	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Gênese do estudo.....	14
1.2	Objetivos.....	17
1.2.1	Objetivo geral.....	17
1.2.2	Objetivos específicos.....	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Histórico sobre o agente comunitário de saúde.....	19
2.2	Identidade.....	25
2.3	Cultura.....	30
3	METODOLOGIA	35
3.1	Estratégia e método de estudo.....	36
3.2	Cenário de estudo e sujeitos pesquisados.....	36
3.3	Coleta de dados.....	38
3.4	Análise dos dados.....	41
4	COMPREENDENDO A CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DE ÁREAS RURAIS	42
4.1	Contextualização do campo de estudo.....	43
4.2	Impressões obtidas durante a entrevista.....	46
4.3	Análise descritiva dos sujeitos nucleares.....	51
4.4	Análise descritiva dos sujeitos secundários.....	53
4.5	A prática dos agentes comunitários de saúde de áreas rurais.....	57
4.5.1	Cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde.....	57
4.5.2	Aspectos facilitadores e dificultadores do cotidiano dos agentes comunitários de saúde: “água mole em pedra dura tanto bate até que fura”.....	63
4.5.3	Implicações do trabalho do agente comunitário de saúde.....	69
4.6	Identidade social real.....	77

4.6.1	Traços identitários.....	77
4.6.2	Identidade biográfica.....	80
4.6.3	Identidade relacional para si.....	87
4.6.4	Práticas culturais envolvidas na construção da identidade do agente comunitário de saúde.....	92
4.7	Identidade social virtual.....	96
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
	REFERÊNCIAS.....	121
	APÊNDICE.....	127
	ANEXOS.....	132



INTRODUÇÃO

*As grandes idéias surgem da observação dos
pequenos detalhes.*

Augusto Cury



1 INTRODUÇÃO

1.1 Gênese do estudo

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu em 1991, na região nordeste do país, como uma iniciativa de reformulação do sistema nacional de saúde com o compromisso de melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde por intermédio do sujeito agente comunitário de saúde (ACS). Uma nova estratégia foi adotada em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnológicos à proposta anterior, para expressar um novo acesso da comunidade ao serviço de saúde, inclusive no que se refere às ações diretas dos profissionais às famílias, representando maior grau de resolutividade do que o PACS às demandas em saúde. Outra característica foi a inserção da interdisciplinaridade na assistência.

O PSF e o PACS têm como propósito promover a intersetorialidade, a autonomia do sujeito para exercício da cidadania e controle social; a construção de co-responsabilização no processo de saúde e de doença para maior expressão da qualidade de vida e estabelecimento de vínculo profissional-usuário. O alcance dos objetivos ocorrerá mediante a realização de atividades de promoção, prevenção e proteção à saúde (ALBUQUERQUE, 2006; ALVES, 2005).

A lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006a), caracteriza as atividades do agente comunitário de saúde e estabelece, como requisitos para o exercício da função: residir na comunidade em que for atuar; haver concluído curso básico de formação de ACS e o ensino fundamental. A idéia central que envolve o conceito de agente é o elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Assim, segundo Sousa (2003), o agente comunitário de saúde tem como objetivo, desde sua institucionalização, exercer a interlocução entre famílias/comunidade e os serviços de saúde.

Atualmente, os registros no Ministério da Saúde revelam a existência de 234.011 agentes em atuação, em todo Brasil (correspondendo a 60% da população com acompanhamento direto do agente). A região Nordeste do país é a que apresenta maior número de ACS (94.899), conseqüentemente, a que possui maior cobertura, 83% da população assistida, desta 70% por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), denominação que atualmente substitui PSF. A segunda região,

com maior número de agentes, é o sudeste, embora sua cobertura ainda seja inferior às demais regiões. Em Minas Gerais, temos um total de 25.704 agentes acompanhando diretamente 70% dos mineiros, sendo a maioria por meio da ESF (BRASIL, 2008a).

Essas modalidades da Atenção Básica têm mostrado potenciais distintos, sendo a ESF prioritária para sua organização de uma nova intervenção sobre a realidade social, em que saúde e família são meios para redução da pobreza, da iniquidade, além de contribuir para o desenvolvimento da cidadania (SILVA; DALMASO, 2002).

Nessa perspectiva, o ACS passou a ser um elemento de identificação e de tradução da realidade social das comunidades, atuando na mediação das necessidades das famílias e do serviço de saúde. Além de trazer para os serviços de saúde indicadores epidemiológicos mais precisos de sua microárea, ele possui conhecimento da comunicação e dinâmica da localidade. O indivíduo a que ele assiste deixa de ser um número ou uma porcentagem nas estatísticas oficiais e ganha nome, endereço e identidade.

Na consolidação de um novo modelo assistencial, a ESF e o PACS têm se constituído em grandes desafios. O entendimento dessa proposta, bem como o seu desenvolvimento, tem sido bastante variado. Há uma deficiência nas condições de trabalho em geral e acúmulo de atribuições assumidas pelo agente comunitário, aliados ao desconhecimento de sua identidade e compreensão do objeto específico de sua ação (NUNES *et al.*, 2002).

A indefinição da identidade do agente justifica-se pelo fato de o seu saber oscilar por um lado, nas vivências pessoais que configuram sua experiência na comunidade; de outro, nos domínios técnicos de conhecimentos científicos adquiridos na prática do trabalho.

Ademais o universo sócio-cultural do ACS caracteriza-se por uma série de fatores que podem influenciar a dinâmica de sua prática com a comunidade. Esse universo é composto de sua família, proximidade com a comunidade em que atua, crenças religiosas, cultura local, saberes construídos da fusão de conhecimentos biomédicos e valores pessoais, consciência da percepção do usuário acerca do processo saúde-doença e serviço de saúde, falta de formação técnica específica e forma de inserção no mundo do trabalho.

Especificamente em áreas rurais, evidencia-se a expectativa da população em obter resposta aos processos relativos à doença por meio de ritos culturais, uso de medicação caseira e crenças religiosas. Salientamos, ainda, as particularidades dos condicionantes e determinantes locais como, por exemplo, heranças culturais, baixa escolaridade, escassez de empregos e condições econômicas desfavoráveis como especificadores do desenvolvimento de práticas alternativas utilizadas no processo de saúde-doença.

Segundo Trapé e Soares (2007), o agente comunitário é tido como um promotor de mudanças diante da proposta da Estratégia de Saúde da Família. O ACS, no entanto, no desenvolvimento de sua prática profissional muitas vezes vivencia dificuldades em lidar com aspectos sócio-culturais e com a resistência da comunidade ao novo modelo de atenção. Surge também o sentimento de impotência por muitas vezes não conseguir modificar os comportamentos da comunidade tidos como não saudáveis.

A motivação para a escolha do tema decorre da minha inquietação profissional e pessoal, ao observar uma forte ligação dos valores e cultura do agente com a comunidade onde reside e trabalha. Acrescidos a essa realidade, estão os conhecimentos biomédicos adquiridos na prática cotidiana, suas trajetórias de vida e a atuação em uma função ainda pouco conhecida e valorizada. Surgem, então, as questões: quem é este novo ator no cenário da saúde? Como se configura sua identidade?

A minha experiência profissional reforça a convicção quanto à necessidade de explorar mais o universo do agente comunitário de saúde, compreendendo sua identidade, considerando que a ESF e PACS se configuram como modelos relativamente novos que precisam continuar a ser estudados, bem como a integralidade das ações dos serviços de saúde.

Estudos sobre ACS são atuais no campo da saúde coletiva e investigar a identidade desse ator e seus conflitos, na tarefa de viabilizar uma reorientação do modelo de assistência à saúde, faz-se necessário e pode contribuir com a comunidade científica, uma vez que representa a possibilidade de fomentar subsídios às políticas de saúde. Espera-se, ainda, que os resultados colaborem com outros estudos sobre a Saúde da Família e integralidade e a identidade do agente em outros contextos como, por exemplo, em áreas metropolitanas; possibilitem a intervenção no processo de formação do ACS; subsidiem estratégias que

potencializem as ações desse profissional e seu reconhecimento social e reflitam sobre o foco de ação do ACS para além do biológico, levando em conta as singularidades dele e da comunidade.

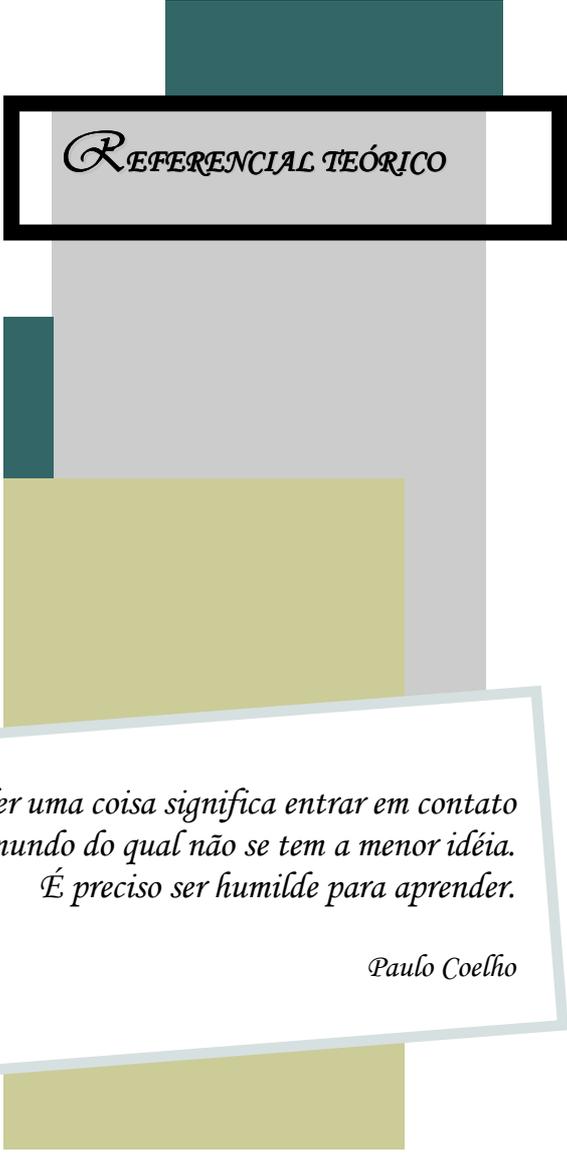
1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Compreender a identidade social do agente comunitário de saúde inserido em equipe da Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conhecer a identidade social real por meio da autoatribuição do agente comunitário de saúde.
- Analisar a percepção dos usuários e demais profissionais da equipe de ESF e PACS sobre o ACS, correspondente à identidade social virtual.
- Identificar as práticas sócio-culturais que interferem no cotidiano do agente comunitário de saúde com a comunidade de áreas rurais.



*R*EFERENCIAL TEÓRICO

*Aprender uma coisa significa entrar em contato
com um mundo do qual não se tem a menor idéia.
É preciso ser humilde para aprender.*

Paulo Coelho



2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico sobre o agente comunitário de saúde

A estruturação da Atenção Básica à saúde no Brasil data da década de 70, a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979), com a implantação de alguns programas sociais. Mas devemos salientar que serviços pioneiros, como o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no período de 1942-1960 e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F.Sesp) de 1960-1990, desempenharam, anteriormente, atividades importantes no cenário da saúde nacional sob administração do governo federal. Esses serviços tinham como principais atribuições o saneamento do Vale do Amazonas, assistência médico-sanitária, o preparo de profissionais para o trabalho de saúde pública e a colaboração com o Serviço Nacional de Leprosia (SILVA; DALMASO, 2002).

Os serviços funcionaram como laboratório para criação de modelos com ampliação da cobertura para populações específicas e diretrizes que são aplicadas hoje no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e na Estratégia de Saúde da Família. Uma das experiências que se aproxima da proposição do agente comunitário de saúde é o exemplo das visitadoras sanitárias da F.Sesp que eram auxiliares, supervisionadas por enfermeiros, que desenvolviam o atendimento aos indivíduos e às famílias na unidade ou na comunidade, de acordo com os protocolos da época (FERRAZ; AERTS, 2005).

A F.Sesp possibilitou uma nova consciência em saúde pública e inaugurou uma etapa de modelos que visavam à extensão da cobertura e à reorientação do modelo de assistência à saúde no Brasil. Em 1990, ela foi incorporada à Superintendência das Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), criada desde 1970, para combate às endemias de transmissão vertical, principalmente em meio rural. Nesse mesmo ano da incorporação, extingue-se a SUCAM e muda-se sua denominação para Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (SOUSA, 2003).

Podemos recordar o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) como um desses modelos instituídos pelo governo para a região nordeste (1976-1979) e para o Vale do Ribeira em São Paulo (1980-1985). Sua proposta dirigia-se a questões ambientais e problemas sanitários que demandavam atenção médica individual. Enfatizava a prevenção de doenças

transmissíveis, desenvolvimento de ações de saúde de baixo custo, implantação de pequenos postos de saúde ligados a unidades de maior porte e incentivo a participação comunitária (SILVA; DALMASO, 2002).

O projeto no Vale do Ribeira merece aqui uma descrição mais detalhada por ser estruturado com a participação de agentes de saúde em postos rurais, na metade dos municípios da região, em que foi implantado. O objetivo da extensão da assistência primária às populações rurais foi levar, para perto da comunidade, atividades a serem desenvolvidas pelos agentes relacionadas à atenção individual de queixas e problemas e atividades comunitárias. Coube à comunidade eleger pessoas desses locais para ocuparem o cargo de agente de saúde e, mediante a realização de reuniões com os moradores, estabelecer algumas qualidades que o agente deveria possuir, entre elas: saber ler e escrever, não ter medo de administrar injeções ou fazer curativos, ser de maioria, educado e decidido, não ser alcoólatra e ter um bom relacionamento com todos da comunidade. Houve um treinamento dessas pessoas para a execução de procedimentos técnicos que hoje são estritamente da área da enfermagem, como os de vacinação e cuidados com feridas. Consta nas fontes documentais que a maioria dos agentes selecionados para o projeto do Vale do Ribeira era do sexo feminino, perfil até hoje muito comum. Outra característica que não difere do perfil atual dos agentes comunitários de saúde é a experiência prévia da maioria em atividades comunitárias desenvolvidas por pastorais ligadas à igreja Católica, associações de moradores ou organizações não governamentais (SILVA; DALMASO, 2002).

Ainda, segundo Silva e Dalmaso (2002), a descontinuidade do projeto do Vale do Ribeira relaciona-se à não-incorporação do mesmo às atividades da Secretaria de Estado, à interrupção de treinamento para os agentes, orientações conflitantes entre os supervisores, escassez de recursos materiais para manutenção dos postos de saúde, além da dificuldade de veículos e combustíveis para deslocamentos de agentes e supervisores, o que levou a proposta à decadência.

O primeiro projeto intitulado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no estado do Ceará, em 1987, no período de seca intensa em que o governo de Estado decidiu abrir frente de trabalho para a população, a curto prazo, para desempenho de atividades de promoção da saúde de moradores de áreas carentes. A remuneração era garantida com recursos do governo federal. Esses agentes constituíam pessoas que desejavam trabalhar e nem sempre tinham

o perfil adequado para o serviço. Nessa experiência observa-se, também, uma maioria feminina contratada para a atividade de agente de saúde, cerca de 95%. Com a passagem do período de estiagem, o programa foi desacelerando-se, mas a reivindicação comunitária fez com que o estado mantivesse e expandisse o programa com o objetivo geral de melhorar a capacidade de autonomia das pessoas de cuidar da própria saúde e, em consequência, diminuir a mortalidade materno-infantil, aumentar a proporção do aleitamento materno exclusivo até quatro meses de idade e reduzir a mortalidade, causada por desidratação, durante as doenças diarreicas (SOUSA, 2003).

Na visão de Sousa (2003), para o alcance dos objetivos, os agentes comunitários de saúde desenvolviam visitas regulares (pelo menos uma vez no mês) às famílias repassando orientações sobre o cuidado com as crianças, forneciam antitérmicos, executavam curativos de feridas e encaminhavam pessoas às unidades de saúde para vacinação, diagnóstico e terapia ou controle preventivo.

Durante a seleção, exigia-se que os agentes fossem residentes na área onde pretendiam emprego e, sendo assim, não poderiam ser contratados mediante concurso público, o que, de certa forma, garantia a participação popular na escolha dos mesmos. Após a contratação, passavam por um treinamento de dois meses e cada grupo, de 20 a 30 agentes, ficava sob a supervisão de um profissional de nível superior (SILVA; DALMASO, 2002).

Os resultados do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará são vistos como favoráveis em relação à ampliação do acesso das pessoas aos serviços de saúde, além de apontar o agente como um elemento importante na comunidade pelas características de atitude e compromisso com o trabalho. Na época, alguns indicadores, como o aumento da cobertura vacinal e a diminuição das doenças imunopreveníveis, controle de câncer cérvico-uterino e redução da mortalidade infantil, foram as principais justificativas para a manutenção do programa no estado e a ampliação para o país. Para tanto, contou-se com a adesão do Ministério da Saúde e com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, o qual um ano depois passou a ser denominado PACS (SOUSA, 2003).

Essa expansão do programa ocorreu, primeiramente, nas regiões Nordeste e Norte do país, em resposta ao compromisso de implantação na periferia das capitais e de áreas carentes, onde as taxas de morbimortalidade eram mais preocupantes.

No Norte, as ações dos agentes tiveram um caráter voltado para o controle da epidemia de cólera. As metas não sofreram mudanças significativas em relação aos projetos anteriores, mas foram ampliadas e melhor especificadas. Para tanto, o agente deveria promover melhorias da capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de proporcionar o vínculo entre a comunidade e o serviço local de saúde. Os objetivos específicos deste trabalho incluíam a capacitação dos agentes para a execução de ações do primeiro nível de atenção à saúde; integralidade e interdisciplinaridade no cuidado ao indivíduo; ampliação do acesso à educação em saúde e cooperação com a organização comunitária no trato de problemas de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Conforme relatado por Silva e Dalmaso (2002) e Sousa (2003), os dirigentes das entidades nacionais de enfermagem contestaram algumas atribuições que o agente comunitário de saúde vinha desenvolvendo desde seu surgimento, referentes a procedimentos básicos de enfermagem. Temiam que aumentasse o contingente de trabalhadores sem qualificação, como os atendentes e, por isso, defenderam uma posição de questionamento e enfrentamento, uma vez que o Ministério da Saúde havia assumido a implantação do PACS em âmbito nacional, em 1991.

O propósito maior de estabelecimento do programa foi a implantação descentralizada de um novo sistema de saúde - Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Brasileira. Além disso, considerou-se o fato de o agente configurar um elo importante entre a comunidade e o serviço de saúde e assim conseguir resolver pequenos problemas e orientar práticas preventivas (NUNES *et al.*, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi oficializado em 1994, como proposta do Ministério da Saúde, para garantir a sustentabilidade dos princípios e diretrizes do PACS, por ser estruturado com ações de maior potencial de resolutividade, para responder às necessidades e articulações de vários locais de risco social. Sua concepção era, também, de reforçar a reorganização do SUS (ROSA; LABATE, 2005). A pretensão do PSF era de substituir o PACS, mas, atualmente, coexistem ambas as modalidades em todo país; entretanto, com o número superior de equipes da Saúde da Família em relação à outra. Essa realidade ainda não se concretizou porque vários municípios, em todo país, não conseguiram implantar a modalidade de Saúde da Família em 100% de suas equipes. Um dos principais entraves para isso é a dificuldade de inserção do profissional médico

dentro da carga horária exigida e com maior limitação quando se trata de áreas rurais.

O termo “Programa” vem sendo substituído por “Estratégia” na Saúde da Família a partir de 2006, quando foi aprovada a Portaria 750 com o intuito de não conotar temporalidade, ou seja, passou a ser considerada como reorientadora e estruturante da organização do SUS, assim, não configura mais um processo que pode deixar de ser adotado por um plano de governo (vontade política). Ressaltamos que, apesar da opção de utilização, neste estudo, da nova nomenclatura, nos depoimentos é utilizada pelos sujeitos da pesquisa a expressão de origem por caracterizar um hábito comum na região estudada. Ademais, a expressão PACS ainda é usual por caracterizar uma proposta transitória.

Desde 1994, as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são compostas minimamente por um enfermeiro, que passou a ser o supervisor para cada uma das estratégias, um médico, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde (SILVA; DALMASO, 2002). Cada agente é responsável por uma microárea dentro da área territorial de adscrição da equipe. A estrutura é flexível conforme a necessidade local e tem o compromisso de assumir a cobertura de até no máximo 750 pessoas por microárea, não ultrapassando o total de 4.000 habitantes por equipe. Outro ponto importante da estratégia é a assistência indiscriminada e integral a cada família como porta de entrada ao sistema de saúde (BRASIL, 2006b, c).

As normas e diretrizes das estratégias, aprovadas em 1997 pelo Ministério da Saúde (Portaria n. 1.886) e reformuladas em 2006 (Portaria n. 648), estabelecem base territorial e a adscrição da população, planejamento e programação local, oferta de ações pelo princípio da integralidade e na perspectiva da intersetorialidade (BRASIL, 1997, 2006b).

É importante registrar que, desde o início do PACS em âmbito nacional, a avaliação, principalmente da população assistida, apontava o trabalho do agente como um ganho na política pública de saúde e uma contribuição para consolidação do SUS (SOUSA, 2003). Outras autoras, Silva e Dalmaso (2002, p. 197) ressaltam que há muito o que aprimorar na Atenção Básica, mas afirmam que o sucesso da proposta não tem somente o agente como responsável, conforme enfatizado: “Não se podem atribuir ao agente comunitário de saúde, individualmente, a

responsabilidade e a competência, nos moldes atuais, de concretização da proposta”.

Outra questão importante da caracterização histórica do agente é a sua regulamentação no trabalho. O agente comunitário de saúde não é considerado como um profissional por não dispor de saber auferido por instituição de ensino reconhecida, sendo condicionado pelo contexto em que realiza seu trabalho. Silva e Dalmaso (2002) chamam a atenção para a caracterização de um profissional referindo-se à autonomia de que esse dispõe para executar seu trabalho, sendo essa adquirida com o conhecimento preparatório para a atividade ocupacional. A autonomia é considerada uma independência sobre o trabalho, ou seja, não necessita de outras profissões para o desenvolvimento da prática. Referem-se ao planejamento e gerenciamento que hoje estão distribuídos entre várias profissões. A autonomia é identificada, ainda, como sendo de mercado, da organização do trabalho ou técnica que dizem respeito à organização mercantil em crescente expansão, tanto no setor privado quanto público.

Desde a implantação do PACS, os agentes comunitários de saúde vêm reivindicando reconhecimento legal da profissão. A organização dos agentes comunitários propiciou a elaboração de um projeto de lei que culminou na publicação da Lei Federal n. 10.507, de 10 de julho de 2002, que criava a profissão de agente comunitário de saúde. Essa lei, entretanto, foi revogada quatro anos depois pela Lei Federal n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, que, dentre outras providências, reafirma as atividades dos ACS e não os declara como profissionais (BRASIL, 2002, 2006a).

Segundo a Lei n. 11.350, são atividades dos agentes:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006a, p. 361).

No início a concepção era de que os programas adotados constituíssem a porta de entrada do sistema de saúde. Valentim e Kruehl (2007) esclarecem que essa

consideração não deve ser aceita porque a Atenção Básica à Saúde não pode corresponder apenas ao acesso à assistência, mas deve responder de 80 a 85% da demanda de saúde, proporção em que se encontram todos os casos passíveis de resolução no atendimento de nível primário.

Já se passaram 17 anos de PACS e 14 anos de ESF, e há muitos desafios para a concretização efetiva da proposta das estratégias e parte das expectativas gira em torno do inovador ator das práticas de Atenção Básica, o agente comunitário de saúde, do qual se espera uma contribuição significativa para a organização do sistema de saúde.

2.2 Identidade

A identidade é tida como um conjunto de atributos que a caracterizam, desde os próprios da condição humana e os construídos a partir de suas experiências de vida considerando a cultura, o meio social e o processo histórico. Assim, considera-se o termo identidade social como uma expressão que representa as transformações das características humanas ao longo da história e das relações sociais (DUBAR, 1998). Essa identidade é moldada a partir da avaliação e autodefinição da pessoa sobre si mesma e do julgamento que o outro faz dela que deve ser entendida como um processo contínuo de formação e transformação (DUBAR, 1998; GHADIRI; DAVEL, 2006).

Machado (2003) aponta quatro tipos de identidade que podem ser estudados: pessoal, social, do trabalho e organizacional. A primeira refere-se ao autoconceito formado ao longo da vida pelos relacionamentos sociais. A segunda, por sua vez, relaciona-se com a interação dos grupos sociais promovendo a vinculação social do sujeito. A terceira considera o ambiente de trabalho como fator da construção do eu. E a última perspectiva aponta para a edificação da identidade vinculada à organização na qual se trabalha.

Existem várias definições e recortes nos estudos sobre identidade. Neste estudo iremos nos ater à perspectiva das ciências sociais. No apanhado conceitual de Ésther (2007), o sujeito sociológico é aquele em que a identidade é construída na relação com outras pessoas que compartilham a cultura e com a percepção própria, o “eu” real. Esse processo é um constante dinamismo que promove novos traços identitários, freqüentes, de acordo com a complexidade do mundo.

Na Sociologia, na concepção de Dubar (2005), identidade é considerada algo valioso que o indivíduo possui, construída a partir da infância e com elaborações sucessivas por toda a vida por meio dos “juízos” dos outros quanto as suas autodefinições, sendo então resultado de constantes socializações. A trajetória de vida pessoal e social tem um peso significativo na formação identitária, na qual o passado é refletido e projeções para o futuro são feitas. Brito (2004) e Ésther (2007) salientam que a identidade social é produto de uma construção complexa, multifacetada e mutável. Evidencia-se que, na pós-modernidade, essa identidade é instável e inacabada, pois o indivíduo, sendo autor da história, é também produto do contexto.

A identidade é formada na linha do tempo por processos inconscientes e nunca se encontra acabada, permanece sempre em formação. Há sempre o “imaginário” ou a fantasia sobre sua unidade. Assim, seu espaço, a ser preenchido, é a partir do exterior pelas maneiras por meio das quais “nos imaginamos ser vistos por outros” (HALL, 2006, p. 39).

A despeito de a identidade possuir um componente pessoal e outro de caráter relacional, Dubar (2005) ressalta que essa dualidade é inseparável, ao compreender que estamos sempre buscando, no olhar do outro sobre nós, a identidade para nós próprios. Segundo esse autor, identificamo-nos no olhar do outro, mas, ao mesmo tempo, esse olhar nos atribui algo que ele não experimentou diretamente e, portanto, são comunicações carregadas de incertezas porque nunca temos certeza de que a identidade para nós será a mesma da nossa para o outro:

[...] identidade para si e identidade para o outro são ao mesmo tempo inseparáveis e ligada de maneira problemática. Inseparáveis, uma vez que a identidade para si é correlata ao Outro e a seu reconhecimento: nunca sei quem sou a não ser no olhar do Outro. Problemáticas, dado que a experiência do outro nunca é vivida diretamente pelo eu... de modo que contamos com nossas comunicações para nos informarmos sobre a identidade que o outro nos atribui... e, portanto, para nos forjarmos uma identidade para nós mesmos (p. 135).

A identidade atribuída ao outro, no processo relacional, é denominada por identidade social virtual, enquanto a identidade a que se visa e se autoatribuí pelo próprio indivíduo, constitui a identidade social real, subdividida em duas partes: biográfica e relacional para si. A primeira corresponde à identidade do ser, ou seja, quem ele é; a outra diz respeito à maneira como esse mesmo ser percebe a sua interação no meio social e como acha que as pessoas o percebem. Esses dois

processos formam a configuração identitária do indivíduo, composta por três elementos: identidade biográfica, identidade relacional e esfera do trabalho (BRITO, 2004; DUBAR, 2005).

Os atos de atribuição são definições dadas pelo outro a respeito do tipo de pessoa que somos, enquanto os atos de pertencimento constituem autodefinições do tipo de pessoa que somos, ou seja, identidade para si. Essas duas categorias não têm que ser correspondentes e é pela socialização que refutamos ou endossamos as identificações recebidas pelo outro (BRITO, 2004; DUBAR, 2005). A construção da identidade se realiza pelos sistemas de ação que propõem identidade virtual (percepção para o outro) e identidade real (legitimada pelo indivíduo) promovendo acordos e desacordos entre elas. As configurações identitárias constituem, portanto, formas dessas transações articuladas entre a identidade real e virtual (DUBAR, 2005).

Importa salientar que não há, necessariamente, correspondência entre a identidade singular de uma determinada pessoa, com a sua história de vida, e as identidades atribuídas pelo outro, quer se trate das identidades numéricas ou genéricas. Importa esclarecer que as identidades numéricas definem a pessoa como ser único e correspondem ao estado civil, códigos de identificação e números de ordem. Já as identidades genéricas permitem a classificação das pessoas como membros de um grupo, de uma categoria ou de uma classe (DUBAR, 2005).

As trajetórias identitárias podem ser marcadas por dois eventos, quais sejam: a "continuidade inter e intrageracional" ou "rupturas" de naturezas diversas, as quais implicam a retomada de identidades anteriormente construídas. É importante salientar que as escolhas, no campo educacional/profissional, constituem, de uma forma ou de outra, uma antecipação do futuro estatuto social do indivíduo, ou seja, a opção por determinada especialidade ou área de atuação constitui importante elemento da identidade virtual (BRITO *et al.*, 2008).

As pessoas estabelecem relações a partir das atividades que desenvolvem juntas: trabalho, negócio, lazer, cultos religiosos e, também, quando moram no mesmo local - relações comunitárias. Por isso a identidade nunca é dada e nem acabada, visto que ela acompanha as mudanças do ego (LIMA *et al.*, 2004; SILVA; DALMASO, 2002).

Silva *et al.* (2007), ao explicarem o caráter relacional da identidade, afirmam que essa depende do que existe fora dela, a outra identidade, da qual ela difere,

mas que fornece as condições para sua existência. Dessa forma, a identidade é firmada pela diferença.

Os símbolos são como sistemas capazes de produzir significações que irão situar o indivíduo tornando possível a formação da identidade. Silva *et al.* (2007) apontam a interferência de representações culturais na apropriação de identidade ou na reconstrução dessas e citam o exemplo da mídia, ao mostrarem a “posição-de-sujeito” que o indivíduo deve tomar para si. Nesse sentido, os autores afirmam que a cultura “molda” a identidade ao dar sentido às representações e torna possível que o sujeito opte por aquele modo e não outro.

Nesse processo surge a crise de identidade, momento de instabilidade nas mudanças de ajustamento da configuração identitária que acontece no cerne do indivíduo (DUBAR, 2005). Para Machado (2003), existe um desafio em encontrar o equilíbrio entre aquilo que somos e que o outro espera que sejamos. O outro simboliza um espelho no qual nos reconhecemos, avaliamos-nos e aprovamos-nos ou refutamos-nos. Ainda segundo Machado (2003), na verdade, o eu não existe sozinho, mas, sim, em interação com os outros. A esse respeito, ela ainda se manifesta sobre o vigor e o diferencial do novo formato adquirido no equilíbrio:

A identidade é sobretudo uma luta entre o processo consciente e inconsciente. Os processos inconscientes ressoam no consciente, produzindo significados. A ausência dessa transferência produziria uma vida estéril, como uma concha vazia, e é somente por meio dela que a maturidade do indivíduo acontece. No momento em que ele organiza o inconsciente, a individuação torna-se mais forte e resulta na formação de um autoconceito mais diferenciado (p. 54).

Silva *et al.* (2007) atribuem a instabilidade da identidade a um contexto da modernidade tardia no qual a globalização é responsável por grandes mudanças na vida econômica e cultural das pessoas. As transformações são em torno da produção e consumo e da crescente corrente migratória capazes de modificar as identidades. Enfatizam, ainda, que as mudanças venham ocorrendo tanto em escala global e nacional, quanto local e pessoal.

Outra questão apontada por Silva *et al.* (2007) diz respeito aos diferentes posicionamentos que exercem em lugares e momentos, devido aos contextos sociais envolvidos, como família e trabalho, entrevista de emprego e jogo de futebol. Segundo eles, o ser humano pode se sentir a mesma pessoa, mas, na verdade, posiciona-se de acordo com as expectativas e restrições sociais para cada situação vivida:

A complexidade da vida moderna exige que assumamos diferentes identidades, mas essas diferentes identidades podem estar em conflito (p. 31).

A política, a economia, as relações familiares, os comportamentos sexuais estão mudando e exigem constantes posicionamentos do homem o que gera a famosa crise de identidade da pós-modernidade. Assim, adotou-se quase sempre uma identidade que corresponda ao aceitável pelo olhar do outro, principalmente, quando se está em posição de observação ou julgamento desse outro. Cada um vive a sua subjetividade no contexto social por meio da linguagem e da cultura dando significado ao que temos de nós mesmos (SILVA *et al.*, 2007).

As mudanças na identidade pessoal são perceptíveis. Basta o indivíduo comparar-se ao que era alguns anos atrás com o que ele é no presente. Os conhecimentos e experiências permanecem ativos pela memória controlando atitudes e sentimentos, mas levando à individualização (ELIAS, 1994).

O fato de se pertencer a um grupo é expresso por Machado (2003) como uma possibilidade de redução da incerteza subjetiva do indivíduo, tendo em vista que o significado emocional, implícito na relação entre as pessoas, seja para o sujeito um estímulo afetivo, fazendo com que se sinta integrante deste. É no grupo também que ocorre o compartilhamento de histórias de vida e saberes comuns (crenças), que irão orientar seus membros em suas escolhas pessoais.

A identidade social incute a consciência de defesa ao grupo ao qual o sujeito está inserido para a manutenção de sua visibilidade social podendo, para isso, sacrificar sua vida pessoal, liberdade e recursos pessoais (MACHADO, 2003).

Na visão de Dubar (2005), a identidade real se constrói pelas heranças da geração anterior conferidas na fase primária da infância, das identidades virtuais do período escolar e das identidades possíveis (profissionais), acessíveis, no decorrer da socialização “secundária”. Esta última é vista como um ato importante da identidade virtual. A edificação da identidade para si, no atual mercado de trabalho, envolve as implicações da atividade escolhida, a experiência da estratificação social, das discriminações, das desigualdades de acesso às carreiras profissionais. Não se trata apenas de inserir pessoas no cargo ou posição pretendida, mas, na construção pessoal de uma estratégia, que sensibilize o conceito de si mesmo.

A configuração identitária adquire importância especial no campo do trabalho para o reconhecimento da identidade social do sujeito e para a atribuição do status

social. No que se refere à esfera do trabalho, Dubar (2005) relata que a capacidade de produzir resultados está ligada às experiências e ao domínio da atividade ocupada e a identificação principal é a que une o indivíduo a seu grupo de trabalho com todas as suas particularidades (linguagem, sentimentos, normas e crises).

Sendo o trabalho uma das formas de relação do homem com o meio social, esse constitui seu espaço de realização, onde pode transformar a si mesmo e as pessoas em torno. Lima *et al.* (2004) afirmam que no trabalho o indivíduo busca o reconhecimento de sua atividade e, conseqüentemente, de seu ser. Esse desejo pode ser considerado como condição de sobrevivência e autoafirmação no grupo. Nesse processo pode haver prazer e sofrimento, caracterizados pelo conteúdo da função e das relações sócio-profissionais estabelecidas. A partir do momento em que o reconhecimento é alcançado, promovem-se novas elaborações na construção da identidade e fomento positivo na sua saúde mental. Assim, o reconhecimento no campo do trabalho “tem um papel importante na conquista da identidade” (p. 9).

O vínculo social está, a todo o momento, permeado pela cultura. Assim, o modo de ver o mundo, as apreciações de ordem valorativa e as atribuições depreciativas em relação ao outro, os diferentes comportamentos e as práticas corporais são produtos de uma herança cultural. Sobre esse tema iremos discorrer a seguir.

2.3 Cultura

O termo cultura é, segundo Laraia (2007, p. 25), empregado pela primeira vez por Edward Tylor, no século XIX, como um complexo de “conhecimento, crenças, arte moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade”. Depois desse conceito, vários outros já foram descritos pelos antropólogos ampliando-o e nem sempre clarificando-o.

Estudiosos como Beyer e Trice¹ (1986, *apud* BRITO, 2004) referem-se à cultura como um emaranhado de valores, normas e concepções consideradas corretas e que permanecem submersas na vida organizacional. A vivência da cultura são os ritos, rituais, histórias, gestos e artefatos dotados de significações.

¹ BEYER, J.; TRICE, H. **How an organization's rites reveal it's culture.** Organizational Dynamcs. 1986.

Uma das preocupações da Antropologia é evitar a confusão entre a origem orgânica e cultura. Todo ser vivo possui funções biológicas que necessitam ser atendidas para a manutenção da espécie (alimentação, respiração, sono, dentre outros). Entre os homens, apesar de essas funções serem comuns, a maneira de atendê-las varia conforme a cultura (LARAIA, 2007).

O homem, devido à sua capacidade intelectual, não necessitou de adaptações radicais no processo evolutivo e conseguiu expandir-se por todos os recantos da Terra. Ao adquirir cultura, deixou o aspecto animal instintivo de repetir atos e passou ao processo de aprendizado, o que o torna completamente diferente dos animais irracionais. Um lobo, por exemplo, separado de sua mãe logo após o nascimento, uivará quando necessário, saberá distinguir odores ou mesmo predadores sem ter sido orientado por outros de sua espécie. Assim, também, um cão, criado com uma família de gatos, terá respostas próprias da espécie canina e não felina. Já o homem, quando separado de seu grupo de origem, passa a aprender os hábitos do novo grupo e incorporá-los (LARAIA, 2007).

Esse autor salienta que é comum a atribuição de qualidades positivas ou negativas à herança genética como dizer que o “filho puxou ao pai no jeito para a música”, explicação errônea e inversa para a habilidade aprendida como descrito:

O homem é resultado do meio cultural em que foi socializado. Ele é um herdeiro de um longo processo acumulativo, que reflete o conhecimento e a experiência adquirida pelas numerosas gerações que o antecederam. A manipulação adequada e criativa desse patrimônio cultural permite as inovações e as invenções. Estas não são, pois, o produto da ação isolada de um gênio, mas o resultado do esforço de toda uma comunidade (LARAIA, 2007, p. 45).

Ainda para o mesmo autor, os instintos são eliminados ao longo da infância a partir do processo de endoculturação, que consiste na capacidade ilimitada de obter conhecimento. A cultura subsidia, portanto, o comportamento humano e justifica suas realizações. Assim, os julgamentos de ordem moral, as interações sociais, o modo de vestir, caminhar, comer, falar e mesmo as posturas corporais são produtos da cultura.

O significado das coisas surge na socialização, os símbolos são compartilhados e interpretados na vivência social. A socialização permite a construção de significados que configuram a cultura denominada por Teixeira *et al.* (2006, p. 100):

Cultura refere-se a valores, crenças, normas e práticas de modo de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos, de um grupo particular que orienta o pensamento, decisões e ações de maneira padronizada. A cultura faz parte do cotidiano do ser humano, tanto no âmbito individual quanto no social, ressaltando a potencialidade e a criatividade de cada sociedade, levando o indivíduo a desenvolver-se, ao mesmo tempo que relaciona-se com o ambiente.

A esse respeito, Dubar (2005) acrescenta que o processo de socialização permite ao indivíduo a interiorização de valores, normas e disposições que o tornam socialmente identificável.

Há participação dos traços culturais na formação de cada comunidade, grupo, família e ser humano. As relações sócio-culturais influenciam o comportamento das pessoas no cotidiano e no meio onde residem, local onde as mais variadas manifestações acontecem e o processo do viver humano se concretiza (PENNA, 2007).

A cultura é dinâmica e passa por processos internos de mudanças por meio de reflexões e sucessivas modificações de seus hábitos. Ocorrem, ainda, mudanças na cultura por influências externas provocadas pelo choque entre grupos sociais diferentes. Cada modificação é produto de vários conflitos entre o conservador e o novo, o que gera, inclusive, preconceitos, mas, paulatinamente, determinando novos costumes (LARAIA, 2007).

Os estudos sobre as interferências culturais, no plano biológico, têm sido amplos como, por exemplo, no caso das doenças psicossomáticas em que o indivíduo chega a adoecer ou ter forte mal-estar por realizar algum ato ou comer algo que culturalmente é considerado incorreto. Assim, quem acredita que a combinação de leite e manga faz mal, provavelmente, terá a sensação de incômodo gástrico após a ingestão simultânea desses alimentos. É possível, também, a cura de doenças reais ou imaginárias pelo mecanismo de fé na ação de agentes culturais como simpatias e benzeções (LARAIA, 2007).

A medicina tradicional é fundamentada em princípios fisiopatológicos e terapia alopática com ênfase no controle das doenças. Dessa forma, as representações do processo de saúde e doença se reduzem às características biológicas do ser. Essa concepção cartesiana, originada nos séculos XVI e XVII, e dominante no modelo biomédico, desconsidera quase sempre outros fatores determinantes do indivíduo (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

A indicação do uso exclusivo de práticas biomédicas pode estabelecer um relacionamento de superioridade entre os profissionais de saúde e os usuários na concepção de Kreutz *et al.* (2006). Segundo essas autoras, ocorre um distanciamento e um bloqueio no diálogo intercultural. É possível, ainda, que ocorra satisfação quanto à assistência prestada somente por parte do profissional, ou seja, esse considera ter oferecido um atendimento ideal, enquanto o cliente pode não ter ficado satisfeito.

Uma nova abordagem ao cliente, envolvendo a humanização da assistência, vem ocorrendo de forma gradativa, após o surgimento do SUS. O usuário do serviço de saúde tem que ser visto de forma holística. Nenhum ser é um “*quadro em branco*” que pode ser preenchido por determinações e prescrições, pois, ao procurarem por cuidado em saúde, trazem consigo inquietações, problemas, concepções, histórias de vida e valores que comungam com sua comunidade de procedência. Reconhecer esse ser complexo e respeitá-lo, em sua integralidade, é uma exigência imposta aos trabalhadores da saúde para uma melhor prestação de serviço e obtenção de resultados satisfatórios (KREUTZ *et al.*, 2006; SIQUEIRA *et al.*, 2006, p. 69, grifo nosso).

É fundamental que o profissional conheça e compreenda as implicações socioculturais no processo saúde e doença e amplie o foco de ação para além da dimensão biológica do ser (KREUTZ *et al.*, 2006), ao passo que ignorá-las, além de prejudicar o envolvimento no tocante à ausência de negociação de saberes e práticas, age-se determinado a mudar a consciência do indivíduo, principalmente, durante as atividades educativas, ao invés de levá-lo à participação pro-ativa no cuidado (MONTICELLI; ELSÉN, 2006). O que se percebe é que a maioria das situações educativas, para promoção da saúde, tem o objetivo de mudança do comportamento das pessoas sem levar em conta as razões e emoções justificadas às suas atitudes (PENNA, 2007).

A prática de educação em saúde predominante na ESF corresponde ao modelo tradicional e hegemônico, conceituado por Alves (2005), como aquele que se preocupa com a doença e sua forma de prevenção, objetivando mudanças de atitudes e comportamentos. Essa conduta separa o profissional do usuário, ao incluir informações verticalizadas, sendo que um detém o conhecimento e outro é carente de informação científica. E, por outro lado, desconsidera determinantes

psicossociais e culturais que orientam os comportamentos sobre saúde e doença nas comunidades.

Ao promover a ação educativa, na maioria das vezes, o profissional da Estratégia de Saúde da Família faz um repasse informativo de certos e errados no cuidado à saúde sem considerar o contexto social e cultural do indivíduo/família, correndo o risco de fazê-lo sentir-se culpado pela doença ou agravo (ALBUQUERQUE, 2006) e passando a falsa idéia de que esse profissional é “dono do saber” (TRAPÉ; SOARES, 2007). Ao desconsiderar os conhecimentos e práticas familiares, o profissional de saúde perde a oportunidade de interação, aumenta a distância entre serviço de saúde e família, diminui a possibilidade de impacto transformador decorrente do processo educativo (MONTICELLI; ELSEEN, 2006).

Ferraz e Aerts (2005) e Trapé e Soares (2007) defendem a capacitação dos trabalhadores de forma a subsidiá-los no reconhecimento de valores culturais que possam interferir em condições de saúde, sem, no entanto, desejarem que o profissional abdique de suas crenças, mas articule, de forma harmônica, cultura popular e conhecimento técnico.

Sendo o agente comunitário de saúde um ator que vive a mesma cultura da comunidade e utiliza instrumentos de intervenção como o repasse de conhecimentos biomédicos para melhoria da qualidade de vida das pessoas, ele está, a todo o momento, buscando a conformidade entre as crenças populares e as recomendações científicas. Assim, quem é o ACS nesse contexto?



METODOLOGIA

A autêntica intuição artística vai além do que percebem os sentidos e, penetrando a realidade, tenta interpretar seu mistério escondido.

Papa João Paulo II



3 METODOLOGIA

3.1 Estratégia e método de estudo

Neste estudo optou-se pela utilização da abordagem qualitativa. Para Minayo (2006), esse tipo de abordagem aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os sujeitos sociais fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Segundo a autora, essa estratégia, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Ademais, a aplicabilidade da abordagem qualitativa, neste estudo, decorre do fato de os dados não serem mensuráveis.

O método utilizado, para compreender a dinâmica da construção da identidade do agente comunitário, no desenrolar de sua atividade, é o estudo de caso. Esse tipo de estratégia é apontado por Yin como a maneira mais adequada de estudar fenômenos contemporâneos contemplados em contextos de vida. Outras características do estudo de caso compreendem: sua capacidade de retratar a realidade de forma mais completa e profunda sem a pretensão de generalizar o fenômeno; ser generalizável a proposições teóricas (generalizações analíticas) e não a populações ou universos, enumerando freqüências (generalizações estatísticas); apontar uma multiplicidade e dimensões do problema e oferecer ao leitor a oportunidade de fazer suas próprias inferências e construir novos significados (YIN, 2005).

O referencial metodológico adotado possibilita a compreensão do fenômeno em estudo a partir da percepção do sujeito, em questão, dos seus pares no ambiente de trabalho e da comunidade que constitui seu foco de ação.

3.2 Cenário de estudo e sujeitos pesquisados

O município de Diamantina está localizado na região do Alto Jequitinhonha do estado de Minas Gerais, com área territorial de 3.880 Km² e uma população estimada de 44.746 habitantes para o ano de 2008, sendo 85% localizados em zona urbana. As principais atividades econômicas são o extrativismo mineral

(principalmente de diamantes) e o turismo (ainda incipiente); a atividade agropecuária é, principalmente, de subsistência (BRASIL, 2008b). Como o foco dessa investigação é a área rural, os entrevistados encontram-se distribuídos em quatro distritos, Senador Mourão, Mendanha, Inhaí e Extração.

A Secretaria Municipal de Saúde possuía, no período da pesquisa, 12 unidades de Atenção Básica na modalidade de PACS e ESF, sendo cinco da primeira e sete da outra. Dessas equipes de ESF, uma está localizada na área rural e constituiu parte do cenário de estudo. Entre as equipes de PACS, as quatro localizam-se em zona rural e duas delas foram incluídas na investigação.

Para a definição das unidades de saúde que constituíram o cenário do estudo, foi realizado o levantamento do número de equipes de ESF e a distribuição das mesmas em área rural do município. Durante a elaboração do projeto de pesquisa, até sua submissão ao Comitê de ética em pesquisa, a área rural possuía duas equipes de ESF, as quais foram escolhidas para desenvolvimento do estudo. Quando, entretanto, se deu início à pesquisa, essas equipes ficaram sem o profissional médico e passaram a se caracterizar como modalidade PACS. Continuamos o trabalho com as equipes escolhidas, pois não havia nenhuma outra em nossa área de interesse (rural) que se configurasse como ESF. Ao final dessa etapa da pesquisa, uma das equipes voltou a se configurar como ESF e constituiu uma das equipes do campo de estudo.

A equipe de ESF participante tem sede no distrito de Senador Mourão, distante 88 km de Diamantina e receberá, para fins deste estudo, o nome fictício “Equipe Diamante”. Sua área de abrangência corresponde aos distritos de Senador Mourão e suas localidades. Já as outras equipes são PACS, aqui denominadas “Cristal” e “Ouro”; a primeira dá cobertura aos distritos de Inhaí (sede da equipe) e Mendanha, além das localidades. A segunda compreende o distrito de Extração, localidades próximas e um bairro periférico de Diamantina que faz limite com essa área.

Os sujeitos envolvidos no estudo constituem os agentes comunitários de saúde, médica, enfermeiras e auxiliares de enfermagem, integrantes de três equipes de atenção primária à saúde, um ESF e dois PACS da zona rural de Diamantina/Minas Gerais. Quanto à distribuição dos auxiliares de enfermagem, corresponde a um por equipe investigada, existem mais profissionais dessa categoria atuando na área rural em postos de saúde nos distritos. A Portaria n. 750

de 10 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006c), que dispõe sobre a composição mínima das equipes de saúde, não contempla a presença de auxiliar de enfermagem nos PACS, entretanto, o município se encarrega de contratar esse profissional para estruturar o serviço. Sendo assim, optamos por incluí-lo na amostra investigada uma vez que ele trabalha nessas equipes no município de Diamantina.

Além desses profissionais, participaram, também, usuários com idade superior a 18 anos de idade dos serviços de saúde das áreas de atuação dessas equipes. Esses usuários foram eleitos por sorteio aleatório, subsidiado pelo número de cadastramento familiar. Dentro de cada família selecionada, sorteou-se um membro que tinha maioria para ser entrevistado e que estivesse presente no domicílio. As entrevistas com os usuários obedeceram à ordem de seleção ocorrida e foram aplicadas até que fosse alcançado o critério de saturação das informações. Esse critério consiste no fechamento amostral por considerar que o material obtido apresenta redundância ou repetição, sendo assim não é interessante continuar a coleta de dados (MINAYO, 2006).

Os ACS constituem os sujeitos nucleares do estudo (BRITO, 2004) e cuja identidade deve ser analisada tendo em vista suas relações com outras pessoas que fazem parte do seu universo de trabalho. Assim foram consideradas a equipe e a comunidade, as quais correspondem aos sujeitos secundários (BRITO, 2004). Como critério de inclusão do ACS na pesquisa, estipulou-se que o mesmo possuísse, no mínimo, seis meses de inserção na equipe do ESF ou PACS, pois já haveria participado do Curso Técnico de Formação de Agente Comunitário de Saúde (ocorrido em 2007 no município); realizado o cadastramento de toda a área e vivenciado visitas domiciliares e práticas com a comunidade e em uma unidade de saúde. Sendo assim, em uma equipe de PACS, um ACS não pôde ser incluído na pesquisa por não obedecer a esse critério. Na equipe de ESF, um ACS não participou da pesquisa devido à indisponibilidade.

3.3 Coleta de dados

Para a coleta de dados, foi adotada a técnica de entrevista individual em profundidade aplicada pela pesquisadora. Essa técnica é considerada como uma das mais importantes fontes para um estudo de caso por ser uma técnica fluida, livre da rigidez (YIN, 2005). As entrevistas foram do tipo semi-estruturadas (APÊNDICE),

ou seja, o entrevistador tem uma participação ativa, apesar de observar um roteiro, mas pode fazer perguntas adicionais com objetivo de esclarecer questões para melhor compreender o contexto (MINAYO, 2006). Ainda de acordo com a autora, a entrevista representa um instrumento privilegiado de coleta de informações, uma vez que a fala é reveladora das condições estruturais, dos sistemas de valores, normas e símbolos e das condições históricas, sócio-econômicas e culturais de uma população.

Diante do exposto, a escolha da entrevista individual, com roteiro semi-estruturado, foi feita por ser considerada um instrumento de coleta de dados que oferece todas as possibilidades para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para que sua participação contribua para o enriquecimento da investigação. Os roteiros das entrevistas direcionaram-se para elementos que permitiram compreender a configuração identitária do agente comunitário de saúde.

Além da entrevista, houve a utilização de registro em diário de campo de observações não estruturadas feitas pela pesquisadora durante a coleta de dados. Essas observações revelaram os comportamentos, expressões, gesticulações e sentimentos transmitidos pelo entrevistado, que causou impressões sobre a vivência destas pessoas em relação ao objeto de estudo. Durante a análise, utilizamos essas anotações para contribuir com a compreensão da identidade do agente comunitário de saúde gerando um tópico da discussão do estudo.

Foram realizadas entrevistas piloto com a finalidade de testar o instrumento de coleta de dados e validá-lo. Nessa etapa, escolhemos uma equipe de PACS do mesmo município de estudo e, também, de área rural (distrito Extração), denominada de PACS “Ouro”. Essas entrevistas ocorreram no mês de abril de 2008, durante três dias, sendo entrevistadas cinco pessoas: uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde e uma usuária do serviço de saúde.

Os dados coletados, mediante as entrevistas do teste piloto, foram gravados em minidisc compacto (MD) e aparelho de MP3, transcritos, na íntegra, segundo o roteiro de perguntas e analisados. Após verificação de que os roteiros e instrumentos tecnológicos satisfaziam aos objetivos previstos, deu-se continuidade à pesquisa, aplicando-os à amostra selecionada para a investigação. Optou-se por incluir a amostra do teste piloto (PACS “Ouro”) para análise dos dados, complementando o

universo da pesquisa. O material gravado é de formato digital e foi deletado após transcrição do conteúdo e correção.

Os sujeitos nucleares e secundários da investigação foram incluídos mediante aceitação de convite para participar da pesquisa e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). Antes da assinatura, explicou-se o objetivo central da pesquisa, apontaram-se os sujeitos a serem investigados e a relevância do estudo no meio científico e na produção social da saúde, conforme recomenda a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Quanto à recusa em participar da pesquisa, ocorreram dois casos de desistência entre usuários de serviços de saúde, após explicação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ao serem informados de que deveriam assiná-lo para execução da entrevista.

As entrevistas ocorreram de forma individual nas unidades de saúde ou na residência dos agentes comunitários e os outros profissionais da equipe, conforme seu interesse e disponibilidade. Com os usuários, todas as entrevistas foram realizadas em seus domicílios mediante autorização e esclarecimento prévio, também, de forma individual.

O período de coleta de dados e transcrição iniciou-se em 10 de abril de 2008, no teste piloto, como citado anteriormente, e estendeu-se até 12 de agosto de 2008.

Como o grupo do teste piloto foi considerado para análise, concluiu-se a pesquisa com o total de 33 entrevistas, distribuídas quanto à categoria e origem dos sujeitos, conforme a TAB. 1.

TABELA 1
Distribuição dos sujeitos participantes da pesquisa segundo categoria e equipe pertencente

Categoria	ESF Diamante	PACS Cristal	PACS Ouro	TOTAL
Agente Comunitário Saúde	8	5	2	15
Enfermeira	1	1	1	3
Médica	1	—	—	1
Auxiliar de Enfermagem	1	1	1	3
Usuário	5	5	1	11
TOTAL	16	12	5	33

Fonte: Questionário de identificação.

Nota: ESF - Estratégia de Saúde da Família; PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com base no referencial de Bardin (1977), utilizando-se a técnica da Análise de Conteúdo Temático que permite a identificação das categorias a partir dos pressupostos teóricos e categorias empíricas.

A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores, quantitativos ou não, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 1977).

Fez-se leitura flutuante de cada entrevista realizada buscando apropriação do conteúdo e, em seguida, leituras posteriores, com o objetivo de relacionar os pontos convergentes e divergentes entre as falas e extrair os temas relevantes que emergiram dos discursos dos entrevistados no sentido de alcançar a categorização temática. As primeiras leituras foram realizadas agrupando-se os sujeitos por equipe de investigação, mas, posteriormente, alterou-se a organização dos relatos em ordem, por categoria profissional, por entender-se que essa forma de organização facilitou o alcance do objetivo principal, ou seja, compreender a identidade social do agente comunitário de saúde por meio da identidade real (sua autopercepção) e identidade virtual (aquilo que o outro lhe atribui).

A codificação de temas e subtemas, de acordo com o problema explicitado, se dá nessa etapa; durante a fragmentação do discurso e construção de unidades de significação (MINAYO, 2006). Conhecendo a estrutura e os elementos desse conteúdo, é possível esclarecer suas diferentes características e sua significação (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Brito (2004) destaca que a repetição de falas evidencia as reincidências e que aponta relevâncias referentes ao problema investigado, dando condições de confirmar ou refutar os pressupostos que orientam a pesquisa.

A codificação das falas transcritas na análise deu-se mediante denominação dos agentes comunitários de saúde pela inicial "A", sequenciando-os, numericamente, pela ordem em que foram entrevistados (A1, A2, ... A15). Os demais profissionais e usuários também obedeceram à mesma lógica sendo determinado inicial "E" para os enfermeiros, "AE" para auxiliares de enfermagem, "M" para médica e "U" para usuários.



*COMPREENDENDO A CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DE ÁREAS RURAIS*

*Nossa realidade mais íntima está fora de nós e não
é nossa, nem é una, mas plural, e instantânea, nós
somos essa pluralidade que se dispersa...*

O. Paz



4 COMPREENDENDO A CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DE ÁREAS RURAIS

4. 1 Contextualização do campo de estudo

A região do município de Diamantina está localizada no Alto do Vale Jequitinhonha e sua história remonta-se à descoberta do ouro na região de Minas Gerais e, posteriormente (final do século XVII), do diamante. O extrativismo mineral configurou-se como importante fonte de renda não só para a população local, como também para boa parte da população da colônia e da metrópole portuguesa durante os séculos XVIII, XIX e até meados do século XX (MATOS, 1998; SOUZA, 2004). É a extração do diamante que vai fazer com que a região se transforme, durante o século XVIII, na região de maior interesse dos colonizadores em território brasileiro, já que o diamante extraído sustentou a economia de Portugal durante esse período (MATOS, 1998).

A mineração não era a única fonte de renda da Província de Minas Gerais durante o auge da exploração minerária no século XVIII. Pelo contrário, o que se pode observar é que, nessa região, houve uma grande diversificação de atividades que garantia o pleno andamento da exploração diamantífera e aurífera tais como o comércio, agricultura e pecuária (MENESES, 1998).

Diamantina, segundo Martins (2000), destaca-se, no final do século XIX e início do seguinte, como o grande centro regional do Alto Jequitinhonha, uma vez que a mesma se torna sede dos mais diversos órgãos tais como: educandário feminino com sistema de internato (Colégio Nossa Senhora das Dores), Seminário Episcopal, Hospital de Alienados, Hospital da Misericórdia de Santa Isabel, Hospital de Nossa Senhora da Saúde, sede do 4º batalhão de Polícia, Subadministração dos Correios e da Repartição Geral dos Telégrafos. Isso fez com que a economia, a política e a cultura diamantinense se mantivessem extremamente dinâmicas. Assim, Diamantina foi chamada por muitos de “Athenas do Norte” devido à sua pluralidade cultural e artística (MARTINS, 2000; PAULA, 2000).

Na segunda metade do século XX, percebe-se que o antigo Arraial do Tijuco, como foi denominado na época, que havia ganhado fama internacionalmente por sua opulência minerária, vê seus últimos veios se esgotando e os problemas sócio-econômicos aparecendo. O garimpo continuou, assim como persiste até os dias atuais, mas com produção cada vez menos significativa (MENESES, 2004).

O lugar também já foi berço de personalidades célebres como Chica da Silva, escrava muito bonita, que fascinou o homem mais rico do Arraial do Tijuco, o contratador de diamantes, João Fernandes de Oliveira. É também a cidade natal do ex-presidente da República Juscelino Kubitschek de Oliveira, carinhosamente chamado JK, um dos homens que, ainda hoje, resgata a memória dos mineiros e pôde transformar toda a história de uma nação (MARTINS, 2000).

A sede municipal foi elevada à categoria de cidade em 6 de março de 1838, em face à Lei Provincial n. 93 (MARTINS, 2000). Dentro desse contexto, germinou a população diamantinense com uma identidade mesclada de fatores peculiares e que guarda riquezas nas esferas intelectual, política, moral e religiosa, legados de sua incrível trajetória histórica cultural. No ano de 1999, configurou-se como Patrimônio Cultural da Humanidade pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), constituindo um importante polo turístico no panorama nacional e internacional.

Hoje, podemos aprender com as manifestações culturais, especialmente musicais (serestas e vespertatas), a arquitetura dos casarões históricos, feiras artesanais, atividades culturais, além do cenário natural rico de cachoeiras singulares e campos e serras de vegetação rupestre e apreciá-las.

É nesse município que elegemos a área rural, foco de nossa investigação. Na ocasião da pesquisa, as unidades de saúde das áreas rurais estudadas encontravam-se constituídas com duas equipes de PACS e uma de ESF. Ônibus é a principal forma de transporte público e 80% das estradas não são pavimentadas.

O distrito Senador Mourão distancia-se 88 km de Diamantina. Sua principal fonte de emprego é o plantio de eucalipto e café, mineração de pedras preciosas e ouro, além de cargos públicos municipais e estaduais. As principais áreas de lazer são quadras, campos de futebol e a praça principal com jardim. As atividades culturais que mais se destacam, são: folia de reis, grupo de pastorinhas, quadrilhas e festa do padroeiro. Cerca de 70% da população são pertencentes à religião católica. Existiam, em toda a área, 10 escolas, sendo apenas uma estadual com ensino médio.²

² As informações referentes ao perfil social, econômico e cultural do cenário de estudo foram obtidas junto às equipes pesquisadas.

A área do ESF Diamante abrange a sede do distrito e suas localidades, sendo elas Capoeirão, Pedraria, Cachoeira, Tijucussu, Mundel, Barra de Pedraria, Braúnas, Riacho da Porta e Água Boa, totalizando 3.524 pessoas cadastradas e distribuídas em 911 famílias na época. A equipe era composta por uma enfermeira, uma médica, uma auxiliar de enfermagem e nove agentes comunitários de saúde. Desses últimos, quatro ficavam na sede do distrito e os demais divididos entre as localidades. A unidade de saúde, do tipo mista, conta com um ambulatório de atendimento odontológico, não incluso na composição da equipe, mas com oferta de atendimento a toda população da área sendo sua estrutura de cinco consultórios dentários, mantidos pela prefeitura em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).²

No distrito de Inhaí, localiza-se a sede de uma equipe do PACS Cristal que abrangia não só esse distrito como o de Mendanha e localidades como Maria Nunes, Vargem do Inhaí, Boa Vista, Quebra-Pé, Cachamorra, Canjiquinha de Cima, Canjiquinha de Baixo, Camu-Camu, Pipoca, Marimbeiro, Lavra do Mato, Serra do Batuque. A distância de Inhaí até a sede do município é de 60 km. A extração mineral manual (garimpo) caracteriza-se como uma das principais atividades ocupacionais da região, além da agricultura de subsistência e o emprego em cargos públicos municipais e estaduais. As atividades de lazer acontecem nas áreas naturais dos locais: rios, cachoeiras e lagos; e algumas comunidades contam com quadras esportivas. Quanto à religião, há predomínio da igreja católica, mas igrejas evangélicas, também, se fazem presentes. A região possuía quatro creches municipais; quatro escolas da primeira fase do ensino fundamental municipais; três escolas que oferecem o ensino de 5ª a 8ª série, sendo apenas uma estadual; uma escola estadual que oferece o ensino médio.²

A equipe Cristal era composta por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, distribuídos em três pontos da área. O número de famílias cadastradas era 697, totalizando 2.760 pessoas. Nas unidades de saúde de Inhaí e Mendanha, também, existia atendimento odontológico público, desvinculado do PACS.²

A outra equipe de PACS (Ouro) tem área mista, ou seja, maior parte de sua atuação acontece em área rural e a outra em um bairro periférico da cidade de Diamantina que faz limite territorial com o distrito de Extração. As localidades rurais são: Vau, Pinheiro, Córrego Fundo, Covão e Algodoeiro. É a equipe mais nova do

município, tendo sido implantada em 12 de junho de 2007. Na época da coleta de dados, contava com seis ACS (dois em perímetro urbano e os demais na parte rural), uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem. A população coberta era de 2.753 pessoas, distribuídas em 702 famílias.²

As características socioculturais dessa região não diferem das demais, possuindo atividades ocupacionais predominantes relacionadas ao garimpo (braçal) e cultivo de hortaliças. A oferta de educação é proporcionada por cinco escolas municipais (ensino fundamental) e uma estadual (ensino médio). A religião católica também é a dominante. Como a área possui represa, rios e grutas, o lazer está interligado a práticas recreativas em ambiente ecológico.²

4.2 Impressões obtidas durante a entrevista

A comunicação é repleta de significados, seja em suas expressões verbais e não verbais, transmitindo sentimentos que irão causar impressões de como o sujeito vivencia a dinâmica social. A esse respeito, descrevemos aspectos subjetivos presentes durante a investigação que contribuíram para o alcance dos objetivos deste trabalho. Para tanto, serão apresentadas as impressões obtidas durante a fase de coleta de dados da pesquisa e anotadas em diário de campo. Tais anotações se referem às observações do comportamento do entrevistado, bem como de expressões, gesticulações e sentimentos transmitidos por ele.

O ato de observar comportamentos existentes é uma atitude natural ao pesquisador e o fato de se ter ciência dos mesmos facilita o agir racional sobre eles. O entendimento das vivências pessoais acontece de dentro para fora, pois são processos internos para além da visão. É algo que sai do próprio ser, mas do qual, muitas vezes, não se dá conta, porque o ser subjetivo se oculta porque, nem sempre, o ser humano se posiciona, assume seu mundo e sua corporeidade (OLIVEIRA, 2005).

Para Ales Bello (1998), o significado que cada fenômeno possui e que procura pôr em evidência é, na verdade, a facticidade mais os resíduos de subjetividade (pré-conceitos, conhecimentos, significados) e a situação cultural. Esse é o mundo da vida. A vida de cada um e de todos é o local onde se expressa a subjetividade e está ligada a uma normalidade que consiste naquilo que é aceito pelos que pertencem a um determinado grupo.

Ao estudarmos a pessoa, precisamos exercitar a empatia que, segundo Edith Stein³ (*apud* ALES BELLO, 2000), é a experiência vivencial quando se toma conhecimento da experiência alheia. A identificação do ato, por meio de distinções de outros atos, não se trata de associação, analogia ou desencontro (unipatia). É somente no caráter subjetivo que se configura a pessoa e a empatia se manifesta na compreensão das pessoas nesse nível. Por isso, foi fundamental a compreensão do que o sujeito transmitia, além da sua percepção sobre a identidade do agente comunitário de saúde.

Os agentes que constituíram os sujeitos nucleares da pesquisa demonstraram, de forma geral, estar à vontade para responder aos questionamentos, ficando ansiosos somente no início da entrevista. Aos poucos tranquilizavam-se e pareciam esquecer que estavam sendo entrevistados e o momento da entrevista se assemelhava a uma conversa informal. Duas agentes (13,33%), entretanto, evidenciaram sentimentos de vergonha e timidez; apresentaram falas curtas ou com várias expressões monossilábicas repetidas ao longo da fala, como “né”, “é”, “bem”, possivelmente devido à presença do gravador. Apenas uma entrevistada solicitou ouvir sua gravação logo após o término da entrevista

No que diz respeito à compreensão do termo de consentimento esclarecido e das perguntas do roteiro de entrevista, alguns agentes necessitaram de explicação ou repetição da leitura para assimilarem o texto empregado, mas, após segunda leitura ou explicação, a entrevista fluiu normalmente.

Percebemos, com clareza, que os agentes mais experientes, ou seja, aqueles que possuem maior tempo de serviço ou atuação em trabalhos comunitários, apresentaram maior desenvoltura e postura mais tranquila durante a entrevista, relatando um conteúdo mais rico em detalhes, comunicação com poucas interrupções e sem dificuldades de manifestar suas opiniões. Por outro lado, outros agentes faziam longas pausas, tinham dificuldade de expressar com palavras seus pensamentos, o que acarretava reelaboração de frases com frequência.

³ STEIN, Z. E. **Problem der Einfühlung, Buchdruckerei des Waisenhauses, Halle.** Roma: Ed. Studium, 1985. Título original: **E. e E. Constantini, Il problema dell'empatia.**

Um fato importante observado, que requereu atenção, foi a evocação bastante discreta pelo agente de suas crenças culturais, dando a impressão de que não desejava expô-las ou, às vezes, apresentando dificuldade para expressá-las. Assim se observa nas falas de A1 e A2:

A gente ainda continua, né? Porque cê não pode, igual eu te falei, dos costumes do povo, né? [...] É, também acredito! (A1)

Sim. Como eu posso dizer? [pausa longa] Ai, meu Deus do céu, essas experiências! Ai, tem que pensar! (A2)

Na fala a seguir, a agente atribui suas crenças ao fato de pertencer a uma comunidade pequena, reforçou assim a percepção de que lugares pequenos e áreas rurais são propícios à perpetuação de crenças populares.

É porque a gente de lugar pequeno tem muito isso. (A10)

O agente também teve dificuldades de explicar como utilizava os conhecimentos adquiridos ao longo da vida em sua prática de trabalho; referiu-se com cautela às suas crenças e se as aplicava no trabalho. Acreditamos que, nas situações nas quais o agente não revelou suas crenças ou sua utilização no trabalho, explica-se pelo receio em revelar algo que pudesse ser julgado como inapropriado e, conseqüentemente, ser advertido em relação a tal conduta. O depoimento a seguir pertence a uma agente, que apontou para o gravador expressando que não deveria citar exemplos uma vez que seriam registrados. No entanto, até o final da entrevista, revelou situações que apresentam dicotomia entre os valores culturais e as orientações biomédicas:

A vida é um eterno aprendiz, se no momento vai prevalecer sim, porque eu tenho utilizado, sim, outros conhecimentos, eu utilizo, assim, porque, às vezes, o fato de ser agente tem pessoas que me procuram, que já me procuraram mesmo com os outros conhecimentos já me procuraram pra gente ter uma conversa. (A14)

Consideramos alguns sentimentos expressos pelos sujeitos investigados. Esses sentimentos são carregados de significados e retratam a maneira como lidam com o tema em questão. Classificamos esses sentimentos de apreensão e de autoconfiança, esquematizados no QUADRO 1. A contradição observada refere-se ao comportamento apresentado pelos agentes entrevistados:

QUADRO 1
Sentimentos observados nos agentes comunitários de saúde

Apreensão	Autoconfiança
Timidez	Objetividade
Insegurança	Descontração e alegria
Desconfiança	Tranqüilidade
Vergonha	Sinceridade
Ansiedade	Espontaneidade

Fonte: Observações registradas no diário de campo e entrevistas com os agentes comunitários de saúde.

Conforme se expressavam, os agentes deixavam transparecer, por meio do timbre da voz, do sorriso ou dos exemplos ilustrativos, o envolvimento saudável e satisfatório que mantinham com a comunidade. Essa percepção somente foi contraditória em uma das entrevistas, cuja agente revelou envolvimento pouco expressivo com a comunidade e insatisfação com o cargo que ocupava, confirmado pelo seu modo de expressão (A8):

[...] não é uma profissão muito fácil, né, de lidar, não me sinto completa, não me satisfaz [...]. Mas, às vezes, algumas relações com a comunidade, elas ficam muito desgastadas somente por isso, porque eu não consigo, não consigo, tô tendo dificuldade pra ter esse contato, esse contato mais, como é que eu posso dizer, que fosse um contato mais espontâneo realmente de tá ali porque a pessoa precisa e porque eu também preciso, né? (A8)

Em relação aos sujeitos secundários (enfermeira, médica, auxiliar de enfermagem e usuários), essas observações e características também foram registradas em diário de campo, complementando aspectos relevantes da identidade virtual do agente comunitário de saúde e caracterizando a forma como esses sujeitos se comportaram diante da coleta de dados.

Considerando as entrevistas realizadas com as enfermeiras, podemos salientar o interesse e receptividade do grupo desde a apresentação da pesquisa e no decorrer da mesma. Verificamos aspectos como a compreensão do roteiro e objetividade nas respostas em todo o grupo, além de tranqüilidade, espontaneidade e de sinceridade transmitida.

Quanto à médica entrevistada, a percepção não foi diferente da observada junto às enfermeiras. Houve disponibilidade de tempo, interesse pela pesquisa, compreensão do objeto de estudo e do roteiro de investigação; fala tranqüila, sem

pausas, objetiva e, com certo distanciamento do universo dos agentes, por alegar contato reduzido com os mesmos devido à dinâmica organizacional da equipe. Pode-se inferir que esse distanciamento, provavelmente, esteja relacionado com o fato de o médico ficar mais ligado a questões específicas e objetivas do seu cotidiano na ESF.

Os auxiliares de enfermagem foram bastante receptivos e atenciosos em relação à pesquisa, demonstrando interesse pelo tema. Acreditamos que esse comportamento esteja ligado ao fato de lidarem, de forma muito próxima, com o grupo de ACS da equipe. Se, por um lado, dois auxiliares se mantiveram tranquilos e se posicionaram com facilidade em todas as questões do roteiro, por outro lado, uma delas ficou muito nervosa, perdendo a linha de raciocínio várias vezes, necessitando de explicações adicionais para as perguntas. Ademais, algumas pausas para a elaboração das falas que, por sinal, foram curtas se comparadas às dos demais entrevistados. Os auxiliares de enfermagem manifestaram, ainda, preocupação em responder, de forma “correta” e “satisfatoriamente”, às questões e ansiedade pelo término da entrevista. Inferimos que o gravador possa ter causado constrangimento nos entrevistados, deixando-os preocupados com o modo de se expressar e com a aprovação do entrevistador quanto ao conteúdo das falas.

[...] não posso ficar nervosa se não sei nada. É, oh, eu tô nervosa, tenho que acalmar um tiquinho pra mim poder falar. [...] Ah eu acho assim que, eu posso falar do meu jeito, né? [...] Vê se você me ajuda na palavra, tô agarrada é na palavra. (AE2)

Os usuários que participaram da pesquisa, constituíram o grupo de sujeitos que mais questionaram os objetivos da mesma e, também, os que mais apresentaram dificuldades em compreender o termo de consentimento e o roteiro de entrevista. Houve, inclusive, o interesse de uma das usuárias em saber quais as outras pessoas da comunidade iriam participar do estudo. Após uma nova explicação sobre o sigilo da pesquisa, a mesma deu sua autorização para a execução da entrevista. Mesmo após explicação detalhada, muitos apresentaram respostas incoerentes ou disseram: “*não sei*” ou “*não tenho nada a reclamar do serviço do agente*”. Acreditamos que possam ter tido dificuldades de compreensão do objeto da pesquisa e, por isso, acharam difícil compreender o roteiro e respondê-lo. Como vários afirmaram não ter o que reclamar sobre o ACS, acredita-se que muitas opiniões tenham sido omitidas pelo usuário por receio de ser excluído ou

censurado pelo serviço de saúde, se relatasse algo que pudesse apontar insatisfações ou revelasse pontos negativos sobre o agente comunitário de saúde. Havia, ainda, alguns usuários entrevistados que tinham parentesco com algum ACS da equipe. Assim, é possível haver vieses nas opiniões emitidas:

Acho que esta eu não vou saber não. (USU 4)

Você acha que eu tô respondendo certo? Se não tiver? [...] Aí eu já não sei nem como responder essa aí, não. [...] Não sei não. Eu não tô sabendo responder não. [...] Não tenho nada que reclamar não. (USU 5)

Então, né, a [...], que é a minha sobrinha. (USU 8)

O trabalho deles é muito bom, inclusive eu tenho uma cunhada que trabalha, né, eu não tenho nada para queixar deles não. (USU 10)

Eu não tenho que queixar nada dos agentes nenhum, entendeu? (USU 11)

Foi possível perceber falas curtas e certas incoerências entre as respostas e perguntas direcionadas aos usuários. Percebeu-se que a comunidade não possui um entendimento tão claro sobre o papel do agente e da Estratégia da Saúde da Família. A manifestação de satisfação com o ACS e o trabalho desenvolvido podem estar relacionados com o grau de dependência da família ao serviço prestado pela equipe de saúde.

Também é importante salientar que o papel desta pesquisadora não ficou dissociado do de sua profissão, tanto que dois usuários aproveitaram os momentos preliminares e pós-entrevista, para tirarem dúvidas sobre problemas familiares de saúde. O profissional de saúde é sempre argüido em momentos e atividades distintas pela comunidade para resolução de seus problemas.

4.3 Análise descritiva dos sujeitos nucleares

Neste tópico fez-se a descrição do perfil sócio-econômico dos agentes comunitários de saúde pesquisados. O grupo dos ACS é constituído de 15 pessoas, apresentando maioria feminina (73,40%). A faixa etária oscilou entre 21 e 46 anos (66,70% entre 21 e 29 anos, 13,30% entre 31 e 39 anos e 20,00% entre 40 e 46 anos). Em relação ao estado civil, 10 agentes eram solteiros (66,70%), quatro casados (26,70%) e apenas um na condição de união consensual. O grau de escolaridade predominante foi ensino médio completo (86,70%), uma agente cursando ensino superior e outra com o mesmo já concluído.

Os ACS, em sua maioria, são oriundos de áreas de trabalho distintas, representando 66,70% sem experiência no campo da saúde. O número de empregos anteriores variou conforme explicitado: nenhum (13,33%), um (33,33%), dois (13,33), três (33,33) e quatro (6,66%). Um item indagado referia-se aos cargos ocupados anteriormente, inclusive os serviços voluntários, no intuito de conhecer a trajetória de vida dos agentes e verificar afinidade prévia com a comunidade e com a área da saúde, conforme demonstrado na TAB. 2:

TABELA 2
Cargos anteriormente ocupados pelos agentes comunitários de saúde

Cargos citados	N. de citações
Agente da Pastoral da Criança	2
Agente do Fundo Cristão	1
Agricultor	1
Auxiliar de cozinha	3
Auxiliar de serviços gerais	1
Avicultora	1
Babá	1
Balconista	1
Carvoeiro	1
Cozinheira	1
Cuidador de idoso	1
Doméstica	3
Entregador de correio	1
Garimpeiro	1
Marceneiro	1
Padeiro	1
Presidente de associação de moradores	1
Professora	2
Secretária de dentista	1
Tecelã	1
Telefonista	1
Vendedor em bar	1
Vendedora em verduraria	1

Fonte: Questionário de identificação aplicado aos agentes.

Esse panorama, sobre as experiências prévias de trabalho dos agentes, revela uma diversidade de cargos ocupados na maioria não relacionados com as suas atribuições atuais. Observamos como esses ACS fazem parte do cenário dos cidadãos comuns da sociedade. Bachilli *et al.* (2008) acreditam que a função de ACS representa uma oportunidade de emprego nas comunidades. Ressaltam, ainda, que a inexperiência prévia com serviços relacionados à saúde é condizente com a

idade, a situação sócio-econômica da família, as prioridades da vida conjugal e as limitações próprias da história de vida desses sujeitos.

Em relação ao cargo de agente comunitário, ocupado atualmente, a remuneração correspondeu a um salário mínimo, acrescido de insalubridade, a qual equivale a 10,00% do salário. A remuneração oferecida ao agente é qualificada como baixa e semelhante à da grande maioria da população que ele acompanha (FERRAZ; AERTS, 2005); e muito inferior se comparada aos demais membros da equipe (NUNES *et al.*, 2002), revelando-o como uma categoria ainda muito mal valorizada.

O tempo de serviço desses agentes variou de nove meses a nove anos, na seguinte frequência: 20,00% possuíam menos de um ano de serviço, 53,30% enquadravam-se entre um e quatro anos e 26,70% já estão no cargo entre cinco e nove anos. Quanto à jornada de trabalho regular ou contratual e aquela efetivamente cumprida pelo agente, foi declarado por 33,30% deles o cumprimento de oito horas diárias, totalizando 40 horas semanais, conforme contrato. Uma parcela de 40,00% informou ultrapassar quase sempre o tempo exigido, realizando em torno de nove horas de trabalho/dia e 26,70% referiram-se a uma jornada de trabalho de até 10 horas/dia, esporadicamente.

Este excedente do horário formal de trabalho é explicado pelas longas distâncias que percorrem, para realizar visitas em localidades e também pela freqüente solicitação dos moradores, após o expediente de funcionamento do posto de saúde. Não há evidências desse comportamento da clientela em outros estudos consultados; inferimos, portanto, que essa característica pode ser específica do meio rural uma vez que este é desprovido de serviços como ambulatório e pronto-atendimento para acolhimento dos casos de agravos ou doenças no horário em que o posto de saúde se encontra fechado.

4.4 Análise descritiva dos sujeitos secundários

Nas três equipes estudadas, foram feitas pesquisas com enfermeiras (três), médica (uma), auxiliares de enfermagem (três) e usuários do serviço de saúde (11). A identificação abrangeu os seguintes itens: sexo, idade, estado civil, escolaridade, remuneração e tempo de atuação no serviço ou tempo de moradia na comunidade,

no caso dos usuários. Nesse tópico, descreveremos os dados por categoria profissional para melhor detalhamento e compreensão.

Primeiramente, será feita análise das características das enfermeiras entrevistadas, estando todas na faixa etária inferior a 30 anos e solteiras. Quanto à escolaridade, uma possuía pós-graduação em Saúde da Família, uma em fase de conclusão da mesma especialização e a outra possuía somente graduação. A remuneração declarada foi R\$2.300,00, acrescida de incentivo por atuar em área rural e insalubre. Quanto ao tempo de atuação na equipe, o mesmo não ultrapassou dois anos e sete meses, embora uma delas tenha relatado mais de três anos de atuação em ESF de área rural.

A única médica pesquisada tinha 26 anos, era solteira, possuía apenas a graduação em medicina e estava há dois meses atuando na equipe estudada. Declarou possuir, no entanto, um ano de experiência em ESF. Sua remuneração neste cargo era R\$ 5.000,00, também acrescido de incentivo por atuar em área rural e insalubre. Além de ESF, ela trabalhava em outras instituições de saúde.

Percebemos que as duas categorias de nível superior recebem acréscimo salarial por atuarem em área rural, benefício esse não concedido aos agentes comunitários de saúde que precisam percorrer longas distâncias para executar visitas domiciliares. Outra discrepância salarial verificada é entre médica e a enfermeira, esta, mesmo possuindo especialização na área de atuação, recebe menos da metade que a médica.

Entre os três auxiliares de enfermagem, duas eram mulheres (66,66%), sendo uma casada (33,33%); a idade correspondia a 30, 38 e 40 anos; o nível de escolaridade foi 100,00% relativos a ensino médio e curso profissionalizante. O salário informado girou em torno de R\$450,00 a R\$500,00. O tempo de serviço na equipe variou de um a dois anos, salientando-se que todos possuíam experiência anterior na profissão.

O maior grupo de sujeitos secundários investigados, para a compreensão da identidade social do agente comunitário de saúde, foi constituído pelos usuários do serviço, totalizando 11 pessoas. Todas elas foram entrevistadas em seus domicílios. A participação feminina foi maioria (81,80%). Essa diferença justifica-se por adotar-se o princípio de sorteio aleatório das famílias dos distritos onde estavam concentrados os agentes comunitários de saúde. Depois de selecionada a família, foram sorteados seus membros com idade superior a 18 anos. Na chegada ao

domicílio, procurava-se pela primeira pessoa sorteada da casa, se esta não estivesse, solicitava-se a segunda e, assim, sucessivamente. Os homens, em geral, trabalham durante o dia e sua presença na residência, nesse horário, é pouco comum. Assim, aqueles que foram sorteados e não estavam presentes, favoreceram o maior número de respostas por pessoas do sexo feminino.

A faixa etária revelou participação de pessoas de diferentes idades, jovens, adultas e uma idosa. A idade mínima foi 26 anos e o usuário mais velho tinha 73 anos (TAB. 3):

TABELA 3
Distribuição dos usuários de serviço de saúde segundo faixa etária

Faixa etária dos usuários	Freqüência (%)
20 a 30 anos	18,18
30 a 39 anos	27,27
40 a 49 anos	18,18
50 a 59 anos	27,27
60 a 69 anos	-
70 a 79 anos	9,10
Total	100,00

Fonte: Questionário de identificação aplicado aos usuários.

No que se refere ao estado civil, 81,80% eram casados, 9,10% solteiros e 9,10% com união consensual. A escolaridade foi predominante baixa (TAB. 4), refletindo uma característica comum de áreas rurais do país.

TABELA 4
Distribuição dos usuários de serviço de saúde entrevistados segundo nível de escolaridade

Nível de escolaridade dos usuários	Freqüência (%)
Analfabeto	9,10
Fundamental incompleto	72,70
Médio incompleto	9,10
Superior incompleto	9,10
Total	100,00

Fonte: Questionário de identificação aplicado aos usuários.

Outro aspecto encontrado e que simboliza uma característica do meio rural é o nível econômico, expresso pela baixa remuneração declarada pelos usuários, com

mais de 50,00% sem nenhuma renda (TAB. 5). Sendo a maioria dos entrevistados do sexo feminino, podemos observar a não-valorização do trabalho doméstico.

TABELA 5
Distribuição dos usuários de serviço de saúde entrevistados segundo remuneração informada

Remuneração informada	Freqüência (%)
Nenhuma	54,50
Menos de um salário mínimo	9,10
Um salário mínimo	18,20
Total irregular - diarista (R\$14,00)	9,10
Sigilo	9,10
Total	100,00

Fonte: Questionário de identificação aplicado aos usuários.

Quanto ao tempo de residência na comunidade, é importante salientar que 72,72% dos usuários já moravam no lugar antes de o ESF ou PACS ser implantado na região. Esse fator tem um importante significado na construção da identidade virtual do agente comunitário de saúde porque o usuário acompanhou a trajetória do agente, tendo oportunidade de com ele conviver e observá-lo no serviço. O menor tempo expresso foi sete anos (9,10%), seguido por oito, nove e 10 anos, cada um com 9,10% de freqüência, 12 anos (18,20%), e outros valores isolados como 21, 27, 38 e 51 anos.

A caracterização dos sujeitos nucleares e secundários da pesquisa foi de fundamental importância para a análise da configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais, haja vista a relevância dos aspectos socioculturais desses indivíduos que contribuíram para a dinâmica de produção e reprodução de suas práticas sociais (BRITO, 2004). A contextualização do campo, o perfil dos atores sociais e seus sentimentos transmitidos foram aspectos que contribuíram para a compreensão da dinâmica da construção da identidade do ACS, sobre a qual se passa a discorrer de acordo com as seguintes categorias empíricas: a prática dos agentes comunitários de saúde, identidade social real e identidade social virtual.

4.5 A prática dos agentes comunitários de saúde de áreas rurais

A presença do agente comunitário de saúde, nos programas de atenção à saúde da família, tem mostrado a relevância desse ator social nas práticas de saúde coletiva, principalmente no que se refere às ações de mobilização social para a prevenção e cuidados primários à saúde. Dessa maneira, conhecer as principais atividades dos ACS no seu cotidiano, identificar as facilidades e dificuldades encontradas e compreender as implicações de suas ações, no plano pessoal e profissional, constituem aspectos fundamentais para o entendimento de sua configuração identitária. Sobre esses aspectos discorre-se a seguir.

Para a compreensão da identidade do agente, é necessário apreender elementos objetivos e subjetivos. Os primeiros dizem respeito aos saberes técnicos e ações aplicadas na execução do trabalho. Quanto aos aspectos subjetivos, os usuários se resumem na percepção sobre o que os agentes estão vivendo e como os outros o percebem (SILVA; DALMASO, 2002).

4.5.1 Cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde

O cotidiano dos agentes comunitários de saúde é permeado de ações educativas direcionadas para os cuidados preventivos e de promoção da saúde, tendo como principal foco a família e como instrumento a visita domiciliar, que é um modo de chegar até o centro da atenção, conhecendo-o e criando vínculos.

A principal rotina do agente são as visitas domiciliares. Outras atividades, no entanto, fazem parte do seu cotidiano, tais como os grupos operativos, os planejamentos e as decisões em equipe, pesagem, auxílio no acolhimento das pessoas nas unidades de saúde e a atualização de cadastros das famílias.

Como a visita domiciliar é citada por todos os agentes comunitários de saúde na descrição de seu cotidiano de trabalho, percebe-se que esse contato com a família é o momento em que várias situações acontecem. Assim, ocorre a interação entre a família e o agente, a construção do vínculo de confiança e amizade, a observação dos hábitos da família, a troca de informações e a transmissão de orientações em saúde. Muitas vezes, o agente é o canal de comunicação que veicula as informações entre a equipe de saúde e a família, conforme observado:

Eu chego nas casas e faço o trabalho, passo o que tem que passar pras pessoas. (A4)

Meu cotidiano na área da saúde é esse; levando as informações, tentando melhorar, né? (A5)

[...] eu saio de casa sete horas, né, todos os dias, de segunda a sexta, eu tenho que vir aqui no posto de saúde. Então, assim a gente chega, conversa com a enfermeira, passa o que a gente tem que passar pra ela, ela passa pra gente; com a auxiliar; marca as consultas; agenda as consultas e a gente volta pras visitas. Aí tem os grupos, tem o pré-natal, tem o acompanhamento das crianças. Então, assim o dia-a-dia é isso. (A6)

Cabe esclarecer que a presença do agente, na unidade de saúde, diz respeito aos momentos em que este se encontra com o restante da equipe e executa ações com a ajuda dos colegas. Nesses momentos ocorre, ainda, o compartilhamento das dificuldades, problemas e soluções. Em comunidades muito distantes e pequenas, não é possível a presença do enfermeiro com frequência. Assim, essa interação limita-se ao auxiliar de enfermagem e nem sempre ocorre todos os dias. Os depoimentos a seguir ilustram essa situação:

[...] conversar com a equipe mesmo, porque tem que passar nossos problemas para nossa equipe. Sempre eu venho aqui [sede do distrito], uma vez por semana, pra quê? Pra ficar mais por dentro do que tá acontecendo no dia-a-dia do trabalho e poder dar uma solução melhor pra comunidade em que eu trabalho. (A7)

[...] trabalho junto com a equipe. O trabalho é todo de uma equipe, não é só meu o trabalho. Junto com a auxiliar, junto com a enfermeira toda essa equipe trabalhando junto com a família que é o suporte também do trabalho e junto até com Diamantina mesmo. (A14)

A responsabilidade de marcação de consultas, no posto (para a médica ou para a enfermeira) e especializadas (na sede do município com médicos especialistas), é percebida como uma das atividades do agente. Isso decorre do fato de estarem próximos das pessoas e terem condições de reconhecerem, com maior agilidade, as pessoas que estão necessitando de atendimento básico ou que se encontram com encaminhamento para outro serviço.

As principais atividades executadas pelo agente no estudo de Ferraz e Aerts (2005) coincidem com os achados deste trabalho. Eles apontam as visitas domiciliares, educação em saúde voltadas, principalmente, para orientações relativas à higiene, vacinação, cuidados com as crianças, gestantes e puérperas e idosos; também é observado o trabalho administrativo desenvolvido dentro das unidades de saúde pelo ACS.

A promoção da saúde não se restringe apenas à diminuição e ao controle das doenças do nosso meio. Promover saúde direciona-se a outros fatores relacionados a ambiente físico, social, político, econômico e cultural como, por exemplo, o exercício da cidadania, direito ao lazer, bem-estar social, moradia, educação e emprego adequado (BUSS, 2003).

A educação em saúde é uma ferramenta do agente para ações de prevenção e promoção da saúde atribuída a sua atividade profissional. Entretanto, essa atividade é realizada, segundo Trapé e Soares (2007), de forma a reproduzir o conhecimento técnico numa transmissão de informações ou, até mesmo, com o caráter de amedrontar o indivíduo para que ele mude comportamentos vistos como não saudáveis. Ainda a respeito da ação educativa promovida pelo ACS, Levy *et al.* (2004) e Nunes *et al.* (2002) afirmam que constitui uma tradução do saber biomédico que o profissional incorporou ao preparar-se para o trabalho. O significado do termo tradução é levar o conhecimento científico ao universo popular.

O ACS prioriza algumas informações, em suas orientações, durante as atividades. Ao questionarem-se quais dessas informações cada agente considerava mais importante, foram manifestadas condições ou doenças e situações de risco sobre as quais indicam medidas preventivas. No QUADRO 2, são apresentadas todas as informações evocadas pelos agentes e sua classificação em orientações de controle de doenças e de prevenção e promoção da saúde:

QUADRO 2
Orientações transmitidas pelos agentes comunitários de saúde

Controle de doenças	Prevenção e promoção da saúde
Cobranças de ações prescritivas como uso regular de anti-hipertensivos. Uso correto e regular de medicação. Controle da obesidade. Balanceamento dos nutrientes na dieta, principalmente de hipertensos e diabéticos. Esclarecimentos sobre hipertensão e diabetes. Sensibilização contra alcoolismo e tabagismo para pacientes com alguma doença.	Vacinação das crianças. Orientação às gestantes. Aleitamento materno. Cuidados com as crianças menores de cinco anos. Necessidade de vigilância do peso das crianças. Educação sexual para adolescentes e jovens. Cuidados contra a dengue. Cuidados com o manejo e destino do lixo. Bom relacionamento familiar. Sensibilização contra as drogas. Necessidade de atividade física para idosos. Alimentação adequada.

Fonte: Entrevistas com os agentes comunitários de saúde.

Percebemos a variedade de orientações referentes a cuidados preventivos e de promoção à saúde em comparação com os cuidados em relação às doenças. Atribui-se essa diferença ao preparo prévio dos agentes para atuação no cargo. O material educativo fornecido às equipes é rico em informações preventivas e de promoção da saúde, assim como os treinamentos curtos dentro e fora da equipe. Já as informações voltadas para o controle e cuidado das doenças são mais específicas para os profissionais que lidam com tratamento, controle e reabilitação, no caso dos ESF e PACS, os médicos e enfermeiros. Atenção especial é dada, contudo, aos hipertensos e diabéticos no que diz respeito aos cuidados com a doença, identificada pelo relato unânime dos ACS entrevistados, elegendo essa orientação como prioritária em suas visitas:

[...] eu repito a visita, muitas vezes é um, uma pessoa que toma um medicamento controlado, né, ou uma pessoa hipertensa, diabética, então eu tenho uma atenção maior pra essas pessoas, então eu tô sempre indo na casa dessas pessoas, procurando saber se teve algum problema, se sentiu alguma coisa, algum mal-estar e associar isso ao problema que elas têm, então pra mim tá sempre atento. Então, é isso mesmo que eu faço, é

só ir nas famílias e procurar dar as orientações e ver o que as pessoas precisam, se tá tomando os medicamentos, se tá tudo certinho. (A3)

Pra mim, eu acho assim isso mais importante, principalmente porque aqui nós temos um número muito grande de hipertensos e diabéticos. Então, eu acho assim que essa orientação é uma coisa que a gente tem que tá ali na tecla todo dia. Não toma remédio na hora certa ou não toma remédio de jeito nenhum, porque tem muita gente resistente: “Ah, mas a pressão tá boa hoje, eu não vou tomar o remédio”, pára por conta. Então, eu acho, assim, que essa é mais importante. Sabe, assim, são duas que eu acho as mais importantes: é a orientação da medicação na hora certa e uso correto; e também quanto ao aleitamento materno. (A6)

[...] prioridade, por exemplo, seria os hipertensos, isso aí tem que bater na tecla mesmo, até porque a maioria é idoso. Isso dá um trabalho bastante, porque, às vezes, você chega, orienta as pessoas, tem famílias que eu assim precisei de ir três, quatro vezes no mês pra poder tá orientando. (A7)

Algumas orientações podem ser difíceis de serem trabalhadas por, às vezes, invadirem a intimidade do usuário ou envolverem aspectos culturais. Por outro lado, o agente segue seu planejamento quanto às orientações solicitadas pela equipe para o trabalho com as famílias durante o mês, mas faz suas adaptações ou priorizações devido ao fato de deparar-se com situações mais importantes ou urgentes que necessitem de diferentes enfoques naquele momento:

[...] acho que tem que saber repassar as orientações que a equipe passou pra gente de uma maneira que você vai não sair muito fora do cotidiano, porque para repassar orientação pra família, assim é só a gente mesmo que conhece as pessoas, [...] que tem orientação que você repassa que a pessoa, às vezes, quando, por causa da cultura das pessoas da comunidade, de cada família, então, você tem que, às vezes, tentar manter dentro daquela cultura, mas, ao mesmo tempo, mudar a cultura das pessoas. (A7)

Às vezes, a gente fica até sem graça dependendo do recado, mas, se é pro bem de todos, então a gente faz um esforçinho, arreganha a cara, dá um sorriso amarelo disfarçado e dá o recado, né, transmite a informação. É porque, às vezes, você fica sem graça dependendo da casa, dependendo até da informação! Você fica sem graça! Dá aquele puxão de orelha disfarçado. (A12)

Às vezes, passa muitas informações pra gente e depende muito do que você vai focar naquele dia. Ou o que você chega lá e vê, às vezes, você sai com uma na mente e você chega lá e depara com uma diarreia. Então, você vai acabar falando do soro caseiro para a criança, né, que pode estar dando, fazendo o soro caseiro com água limpa, tudo direitinho e mostrando pra eles, então, isso depende muito da situação daquela casa naquele dia. (A13)

Talvez, naquele momento, não é aquela prioridade, mas é importante. Eu tento passar o que é exigido e o que eu acho importante no momento, aí, eu vou juntando as duas coisas. Conciliando. (A15)

Os agentes consideram suas orientações como elementos importantes na prática de saúde da coletividade, revelando que as mesmas têm causado impacto positivo. O significado do trabalho é expresso pelo sucesso das orientações educativas apontadas por eles. Há reconhecimento deles de que, embora as informações repassadas sejam importantes, seus conhecimentos são limitados e, há necessidade, portanto, de treinamentos e cursos que ofereçam subsídios para o aprimoramento de suas orientações:

eu creio que essas orientações, a gente sabendo repassar elas da maneira que realmente, a gente consiga, eu creio através do cotidiano da gente, no dia-a-dia com as famílias, bem repassadas, elas realmente obtêm resultados positivos. (A7)

São excelentes as orientações, porque a gente vê resultado. [...] A gente vê muitos resultados na orientação. Na minha área mesmo eu tenho um caso que resolveu com orientação, de tá orientando a caminhada, a dieta. A glicose do rapaz, ele tava quase cego e a glicose dele abaixou, ele conseguiu abaixar a glicose, lógico que ele toma o remédio certinho, a gente orienta pra ta tomando o remédio certinho. Mas, só que com a orientação da caminhada, das massas, do açúcar [...] Então, assim, da gente tá orientando, ele ter feito certinho, a gente viu resultado. Então, assim, isso é gratificante quando você orienta e vê o resultado. (A9)

As informações são boas, e eu acho que, às vezes, poderia ser até maior, porque, às vezes, a gente chega em determinado ponto que a pessoa vai perguntando, perguntando, que, às vezes, chega num ponto que a gente fica até confusa. Então devia ser até maior, ter mais cursos, é, ter mais coisas pra gente está vendo as informações bem melhor. (A13)

Para Silva e Dalmaso (2002), a modalidade de assistência à saúde é voltada para a dimensão biológica e o saber médico, uma vez que procura identificar a doença no corpo e o profissional lança seus cuidados por meio de recursos terapêuticos. Salienta-se que a Saúde da Família busca, com a estrutura interdisciplinar, abranger as formas de cuidados que já existem para além do olhar exclusivo à doença. Essa dimensão não biológica do ser e a atenção preventiva ao corpo, para que o mesmo não adoça, é cuidado que vêm sendo exercido rotineiramente pelo agente comunitário de saúde, mesmo que seja de forma empírica.

As dificuldades são aparentes devido às limitações que os ACS encontram no dia a dia e que interferem em seu desempenho. Sobre as principais dificuldades e, também, facilidades no trabalho relatadas por eles, será feita descrição no tópico a seguir.

4.5.2 Aspectos facilitadores e dificultadores do cotidiano dos agentes comunitários de saúde: “água mole em pedra dura tanto bate até que fura”

Conhecer as principais facilidades e dificuldades, apontadas pelos agentes no exercício de suas atribuições, auxilia a compreensão de suas ações, junto à comunidade, das relações com o outro e modo como percebem esses fatos.

As dificuldades geralmente têm um peso maior, são mais evidenciadas e é possível observar sua inter-relação com as facilidades (QUADRO 3):

QUADRO 3
Descrição do trabalho apontado pelo agente comunitário de saúde

Facilidades	Dificuldades
1. Trabalho em equipe	1. Pessoas resistentes da comunidade às orientações
2. Suporte da enfermeira	2. Desconhecimento do papel do ACS pela população
3. Inserção na comunidade	3. Fofocas e intrigas da população
4. Aceitação da comunidade	4. Receio e vergonha dos usuários
5. Comunicação	5. Distâncias longas
6. Gostar do trabalho	6. Falta de ajuda de custo ou transporte
7. Parcerias com outras instituições	7. Problemas que abalam a confiança no ACS
8. Presença do médico na equipe	8. Falta de médico na equipe
	9. Condições econômicas desfavoráveis da população
	10. Inexperiência e despreparo
	11. Falta de recursos materiais

Fonte: Entrevistas com os agentes comunitários de saúde.

Nota: ACS - Agente Comunitário de Saúde.

Analisando, primeiramente, o fator trabalho em equipe, observa-se que esse tipo de atividade é um diferencial da estratégia de saúde da família, que busca dar assistência, de maneira integrada, com a participação de todos os profissionais:

É o trabalho em equipe, né? Conhecer as pessoas, [...] acho até que pelo fato da equipe, ter uma boa equipe de trabalho, todo mundo disposto a ajudar, todo mundo trabalhando em conjunto. Isso facilita muito. (A1)

Diante das estratégias de políticas públicas de saúde, há uma crescente necessidade de profissionais que sejam capazes de trabalhar em equipe, dotados de conhecimento e atitudes favoráveis ao alcance de metas. Particularmente, o

trabalho em equipe exige boa comunicação, confiança, compartilhamento de informações e senso de solidariedade (ALVES; MELLO, 2006).

O enfermeiro assumiu a supervisão da equipe de PSF e PACS desde as suas origens e tem sido reconhecido como um elemento importante e facilitador do desempenho do agente comunitário de saúde. Ele, além de prestar assistência direta à clientela, tem como responsabilidade a supervisão do profissional de enfermagem de nível médio que o auxilia e também dos ACS, que se encarregam, ainda, de monitorar o acompanhamento mensal das visitas executadas por eles e propiciar educação continuada dos mesmos:

Olha, agora mesmo eu acho que tá facilitando meu trabalho mesmo é a atenção que eu tenho aqui, o suporte que eu tenho aqui, apesar de que eu já disse que tá defasado por causa do médico, porque que a gente tinha, não tá acostumado. Mas, hoje a coordenadora dos agente aqui, ela dá pra gente um suporte muito bom, né, porque isso me facilita lá no meu trabalho, às vezes eu preciso de uma coisa, venho cá e recorro a ela e ela consegue me dar retorno. (A3)

Para Sousa (2003), o ACS é alguém “inteiramente identificado” com a comunidade devido ao fato de possuir as mesmas características (valores, costumes e linguagem) desta. Assim, a inserção do agente na comunidade é apontada como um facilitador do conhecimento da realidade local e, mais importante, um mediador do vínculo com a família e da relação de confiança:

Os principais aspectos que facilitam o meu trabalho? É eu conhecer as pessoas, já que eu moro no lugar, eu conhecer cada um. Porque falar, assim, “fulano adoeceu”, eu já tenho referência do que ele adoeceu. [...] por exemplo, assim, [...] “ah, ele tá precisando de tal médico”, aí assim “ah, então tá bom”, já marca, ele tava sentindo tal dor, vou marcar então. Então, tenho conhecimento. Agora, se eu chegar numa área que eu não conheço as pessoas, então, não tem como eu ter aspectos sobre elas, entendeu? (A2)

E, assim, o convívio com a população, a gente já conhece, algumas você não tinha costume só que a gente via, mas, com o tempo, a gente vai acostumando. Então, problemas assim não tem não, tem sempre aquelas casa que é mais complicado a gente mexer, mas, com a convivência, eles acabam pegando confiança na gente. (A12)

Por outro lado, a vergonha de alguns usuários em manifestar seus problemas ou necessidades pode influenciar negativamente na abordagem do agente, o que reduz o seu potencial de ação frente à situação, conforme exemplificado na fala de A12:

Tem algumas casas que as pessoas são mais fechadas com a gente, elas não têm coragem de contar para a gente o que está acontecendo pra gente ajudar. Com isso a gente fica sabendo na rua. Então, às vezes, alguém chega perto da gente e fala “fulana, tá com isso e isso e isso”, a gente fica

toda sem graça porque ocê tá indo lá visitar sempre e ela não tem coragem de falar com a gente. Então, muitas vezes, dificulta. Algumas pessoas têm vergonha. Igual outro dia mesmo, teve um rapaz que não estava acostumado a pegar preservativo comigo, ele veio aqui, só tava eu aqui, ele ficou todo sem graça, veio e voltou toda hora procurando alguém. Perguntei pra ele o que ele queria, aí ele falou que era isso. Aí eu falei “não tem problema não, quando você quiser pode me procurar não precisa ter vergonha”. Então muitas vezes, isso dificulta o trabalho da gente, as pessoas ficam sem graça, mas, eu sempre tento mostrar pra elas que não é assim, o que precisar pode falar comigo, o que eu não souber resolver ou eu vou passar para o auxiliar ou para a enfermeira e vai ficar só entre a gente, não vai sair do posto de saúde, do posto de saúde pra dentro, na rua não sai. (A12)

A comunidade, no olhar dos agentes, tem diferentes formas de compreensão do seu trabalho implicando situações de plena aceitação, bem como resistência às orientações transmitidas pelo agente ou desconhecimento do papel deste no serviço de saúde. Acreditamos que tais comportamentos estejam diretamente associados com o nível de sensibilização prévia da comunidade a respeito dos programas de atenção primária voltados para as famílias e o baixo grau de escolaridade prevalente, principalmente, em populações rurais.

Essa percepção, também apontada por Trad *et al.* (2002), em um trabalho sobre a satisfação do usuário do ESF, elas reconhecem a dificuldade das pessoas em compreender a ideologia do programa e acreditam que, durante o processo de implantação das equipes, a sensibilização ocorrida tenha sido insuficiente:

Às vezes, você chegar numa casa e achar uma pessoa assim, difícil, né? Porque tem gente que você acha difícil. Porque tem gente que você fala, fala e fica na mesma, mas como tem aquele ditado que água mole em pedra dura, tanto bate até que fura, a gente vai ficando de cima. Batendo na mesma tecla até que acerta. Então, você chegar e encontrar aquelas pessoas difíceis, né? Pessoas mais assim resistentes, isso que dificulta bastante, não é pouco não, é bastante. (A1)

Isso facilita muito, que a minha aceitação é 100%. Você aceita, eu acho que o trabalho se torna mais fácil, né, nada te impede de você entrar na casa, conversar. Então, eu acho que a aceitação é a principal, né. (A6)

Pessoas que não entendem o meu trabalho. A maioria entende, mas, também tem aquela parte que não entende o trabalho da gente. “Nossa! Aquele menino fica no posto pra baixo e para cima e não faz nada, recebe o dinheiro por mês ali para ficar à toa”. (A11)

Aliados a essa situação de desconhecimento da população, em relação ao serviço do agente, existem costumes como as fofocas e intrigas que veiculam pelos moradores em torno das atividades dos agentes, dificultando o seu trabalho:

Intrigas, fofquinhas, isso cria bastante polêmica. Então, isso me dificulta. (A2)

O trabalho na área rural demanda um esforço maior devido às distâncias longas entre as localidades e mesmo entre as residências. Esse problema é enfrentado por todos os agentes da área rural e, portanto, anunciado como uma relevante dificuldade encontrada no dia-a-dia. Alguns ultrapassam a carga horária diária quando se deslocam para localidades distantes dos distritos. O acesso é totalmente não pavimentado e o transporte é por conta do agente que se utiliza de ônibus, caronas em veículos de transporte escolar e outros, motocicletas, cavalo ou a pé:

Pra mim mais é a distância. Pra mim vim aqui [na sede do distrito] é difícil, pra mim andar também é muito difícil, tem que andar sozinha, pra uma mulher ficar andando sozinha é complicado. É complicado. (A4)

A extensão da minha área. Esse é um aspecto que realmente tem me dificultado bastante [...] E a gente é cobrado por isso, né. Eu nunca dei conta de visitar minhas famílias 100%, isso digamos que é impossível, por causa da extensão da área mesmo, tem lugar que você tem que ir a cavalo, às vezes, eu ando, eu saio, às vezes, até antes de sete horas da manhã, tenho um local pra mim visitar cinco famílias, eu chego em casa, eu saio sete, tem dia que eu chego oito horas da noite. Isso porque se eu não precisar de voltar de novo, se eu precisar de voltar de novo é mais um dia pra visitar uma ou duas famílias. Então, a extensão da área é difícil e dificulta bastante. E, também [...], eu tenho sempre que tá vindo aqui, porque tem a supervisora enfermeira aqui, né, então, eu preciso de tá por dentro do que tá acontecendo, alguns encaminhamentos, por exemplo, eu tenho que vir aqui pra saber se marcou, porque as pessoas cobram da gente. Então, isso também dificulta, porque a gente não tem nenhuma ajuda de custo e aí, às vezes, sempre que eu venho, eu tenho que vir por conta própria. É o transporte, por exemplo, eu tenho que colocar moto na estrada, por enquanto eu tenho, isso me ajuda bastante. Mas, e se eu não tivesse, ficava numa situação precária, né? (A7)

A clientela também sofre limitações com relação à distância até a sede do município onde realizam as consultas especializadas que a ESF e a PACS referenciam, ou mesmo, os exames laboratoriais. Considerando que as condições econômicas da maioria dos moradores da zona rural são mínimas, há influências no cuidado à saúde resultando condutas diferentes das orientadas pela equipe e, especialmente, pelo agente o que acarretará em não-resolução do problema da família, dificultando ou refletindo como um trabalho insuficiente do ACS:

[...] esse fato de condições financeiras das pessoas estarem indo, a gente vê a necessidade, a enfermeira vê a necessidade, encaminha, mas, a pessoa não tem dinheiro pra tá indo. [...] as pessoas aqui não têm emprego, é muito difícil arrumar o dinheiro. (A13)

Quando uma necessidade do usuário não é atendida, a confiança e aceitação do agente é abalada. Isso reforça o pouco conhecimento que a população possui

sobre o sistema, o serviço de saúde e a função do ACS. Também são apontadas insuficiências e irregularidades passíveis de ajustes, mas que, ainda, acometem a atenção primária à saúde em várias cidades do país, além de existir uma valorização significativa do médico:

[...] o número de consultas são poucas aqui pra gente, então igual psiquiatra. Tem uma cliente da minha área, agora ela aposentou e tem o dinheiro, mas, mês passado, ela ficou muito nervosa pelo fato de ter o dinheiro, ela aposentou pra isso, para comprar os remédios, mas ela não pode comprar os remédios porque ela não tinha receita, sendo que o médico atende uma vaga por mês, então isso dificulta mesmo. O número de consultas, o horário da consulta, porque principalmente, quando é muito cedo, o ônibus sai daqui às 6 horas até chegar lá, chega lá e costuma perder. E outra, também, que tem acontecido da pessoa ir lá e não ser atendida porque o médico não foi atender. [...] A gente acha um pouco de falta de respeito com as pessoas, é tão difícil! Né? Então, eu acho que devia, [...] ter uma divisão ali, por causa que, para quem mora longe, é muito difícil, mas difícil mesmo, e a gente fica triste mesmo, quando chega um paciente que foi lá e não foi atendido. [...] Porque as pessoas, às vezes, têm muitas que, agora, eles estão entendendo melhor que não é a gente que é culpada, [...] aí quando você volta na casa da pessoa para explicar, até explicar isso para a pessoa, pra absorver a confiança da pessoa é muito difícil, [...] qualquer coisinha é a gota d'água, e pra gente recomeçar tudo de novo é difícil, mas não é impossível. (A13)

O médico tem uma importância inquestionável na ESF, tanto que, quando a equipe é desfalcada desse profissional e sua ausência ocorre na constituição da PACS, o serviço se torna mais difícil porque a integralidade das ações é comprometida, prejudicando a oferta de cuidados:

A falha eu acho que já tá aí na questão da falta de remédio, falta de médico, a falta mesmo de recurso porque tem coisas que não estão na sua mão, tem pessoas mais altas que você, [...] problema tá na mão delas, não tem como você correr, não tá nas suas possibilidades de resolver. Então, eu acho que a dificuldade é isto, aqui nós temos muita dificuldade na questão do médico que não tem. (A9)

[...] quando tem médico, facilita muito, quando não tem, é bem complicado. A questão de ter médico facilita, porque lá nós temos muitas pessoas, muita gente, que usa remédio controlado. E quando a gente está sem médico, nem a receita a gente pode oferecer, não tem nada pra gente oferecer pra eles além da nossa visita e do nosso carinho, só isso. Então, uma coisa que facilita muito no trabalho é a presença do médico. (A15)

Além da falta de médico, percebe-se a falta de estrutura física adequada e recursos materiais como formulários, cadernos, equipamentos e medicamentos. Para qualquer atividade da Atenção Básica, é necessário dispor de recursos. Os medicamentos, por exemplo, são essenciais na prevenção de complicações cardiovasculares, em hipertensos e diabéticos:

[...] às vezes falta muito recurso, né, então as pessoas cobram muito, “ah, não tem remédio, não tem prevenção, cadê a prevenção”. Fez quase um ano que não marcava prevenção porque não tinha kit, né! Então, a gente fica até com um certo receio, ah, não tem isso, né, aí fica difícil o contato. Então, acho que o que dificulta é quando realmente a gente não tem como atender as necessidades da população, aí o trabalho em si deixa um pouco a desejar. (A8)

Na prática a gente não tem muitas coisas, nós não temos um local para reunião. Nós temos que está improvisando, pedindo bar emprestado. As Igrejas já proibiram, nós não podemos fazer reunião nas Igrejas, nós não temos um vídeo, nós não temos DVD, nós não temos nada disso, isso dificulta muito. Às vezes, a gente que fazer uma palestra bonita, quer enfeitar o ambiente, quer arrumar tudo, a gente tem esse entusiasmo, mas quando a gente vai vê. A gente gosta de fazer passeio com os nossos hipertensos, nós só conseguimos isso uma vez que nós conseguimos o ônibus da prefeitura. Então, isso dificulta. A falta de material, a falta de, das coisas mesmo, pra gente. É de recursos. (A15)

Alguns agentes revelam despreparo e inexperiência como aspectos dificultadores de sua prática tornando seu cotidiano um desafio, principalmente quando se deparam com situações que fogem a sua competência:

Eu tenho muita dificuldade para trabalhar na área da saúde porque eu nunca trabalhei, né, sei quase nada. A gente até fez um curso aí, mas [...], ainda tenho muita dificuldade. (A4)

Olha, eu, pra ser sincera, é só isso, só quando você encontra uma situação que você não tem como fazer nada. [...] mas, geralmente, a gente encontra uma situação que você não pode fazer nada. A gente não tem como ou não sabe o que fazer. (A6)

Por outro lado, alguns elementos proporcionam apoio e incentivo ao agente facilitando seu trabalho e tornando uma prática tranqüila e satisfatória, são eles: boa comunicação, parcerias com outras instituições e o gostar do trabalho. Esses fatores compensam muitas dificuldades encontradas porque, ao executar uma função com amor, conseguimos superar os desafios, encurtar as distâncias e encontrar alternativas para a falta de recursos. A comunicação eficiente e as parcerias estabelecidas aumentam as competências de qualquer funcionário, além de diminuir esforços e aumentar forças. Silva e Dalmaso (2002) colocam que a comunicação é um instrumento fundamental ao trabalho do ACS, conforme relato de um deles:

Acho que a minha comunicação com as pessoas, nosso relacionamento, isso me ajuda bastante, porque, de repente, surgem problemas que se a gente não souber conversar com as pessoas, se a gente não conversar direito, a gente pode acabar criando problemas com as famílias. Então, nisso eu acho que eu tenho até um jeito assim de tá conseguindo solucionar, às vezes, não soluciona o problema, mas dá uma expectativa pras pessoas. E através da comunicação mesmo. Comunico muito bem, eu acho que esse é um ponto que me ajuda bastante como agente de saúde. [...] E algumas parcerias, também, que a gente busca, que acaba

desenvolvendo, acaba ajudando. O PROCAJE [Programa de Capacitação do Jovem Empreendedor] mesmo, sempre isso aí eu trabalho em parcerias com eles, às vezes, levam pediatra lá, fazem algumas consultas, isso ajuda, facilita também. (A7)

A disposição, o gostar do trabalho, o estar inserida na comunidade, dentro da comunidade, me ajuda. (A14)

As facilidades e dificuldades são encontradas em qualquer ambiente de trabalho, independente do grau de autonomia do profissional e existem as particularidades pessoais, ou seja, o que é considerado dificuldade para um sujeito, para outro, é considerado como aspecto facilitador.

4.5.3 Implicações do trabalho do agente comunitário de saúde

Emergiram da ótica dos agentes comunitários de saúde, durante o estudo de sua identidade social, as implicações que o trabalho promove em dois planos de sua vida. As opiniões relatadas se inter-relacionam nesses planos, mas optou-se por categorizá-las para uma melhor compreensão de tais implicações. Os planos aos quais nos referimos são: pessoal e profissional, conforme classificação adotada por Brito (2004). No QUADRO 4, essas implicações foram agrupadas de acordo com a classificação realizada:

QUADRO 4
Implicações do trabalho do agente comunitário de saúde

Plano pessoal	Plano profissional
1. Cuidados com a saúde da própria família	1. Oportunidade de emprego
2. Mudanças na personalidade	2. Acolhimento e trabalho mais humanizado
3. Mudanças na interação social	3. Reconhecimento da população - o ACS é visto pela população como um profissional da saúde e constitui ponto de referência
4. Melhoria do senso crítico	4. Assimilação de conhecimento científico
5. Valorização pessoal e respeito conquistados	5. Aprendizado com curso técnico de ACS
6. Disponibilidade de tempo no espaço doméstico reduzida	6. Espelhamento no trabalho social prévio ao de ACS
7. Vínculo com as famílias	7. Aprendizado mútuo (agente - família)
8. Apoio da própria família	8. Saber identificar os problemas
9. Compartilhamento dos sentimentos da família - introjeção	9. Consciência de ACS arraigada
10. Problema psicológico devido à sobrecarga e responsabilidade no serviço	

Fonte: Entrevistas com os agentes.

Nota: ACS - Agente Comunitário de Saúde.

Considerando primeiramente o **plano pessoal**, verificou-se que, segundo os agentes, a partir do momento em que começaram a trabalhar nessa função, passaram a preocupar-se com os problemas de saúde de seus familiares e, assim, a cuidar dos parentes. O agente exerce a tomada de decisão quanto à conduta a ser realizada quando alguém adocece em seu domicílio. É possível afirmar que a qualidade de saúde da família que tem um dos membros como ACS, modifica-se consideravelmente:

Porque, agora assim, na família mesmo, na minha família tem minha sogra que é diabética e hipertensa. Então, se ela tomasse o remédio, tomou; se ela não tomasse, o problema era dela. Agora, não. Eu já vou, já cobro [...] Tem uma criança ali com diarreia na família, antes a gente ficava aquela coisa ali sem saber, agora a gente já orienta sobre o soro. Dentro de casa mesmo, às vezes, era uma coisa que não precisava de você ta ali naquele desespero todo, já se desesperava. Agora não, a gente já passa a entender um pouquinho mais sobre como agir diante de certas situações. (A1)

Várias mudanças ocorrem, na identidade do indivíduo, advindas do cargo de agente comunitário de saúde. Essas modificações podem estar associadas às

atribuições que devem cumprir e, assim, passam a adequar seu comportamento para corresponderem melhor ao trabalho como, por exemplo, tornarem-se desinibidos por meio do contato direto com a população. Alguns agentes relataram que eram extremamente tímidos e que esse perfil se modificou, aos poucos, por intermédio da interação social comum à função. Houve relatos de mudança na organização pessoal, no amadurecimento e desenvolvimento de responsabilidade.

Salienta-se que, conforme descrito anteriormente, mais de 60,00% do grupo de agentes estudados são jovens entre 21 e 29 anos e, nessa mesma proporção, encontram-se agentes solteiros. A maioria do grupo tem de um a quatro anos de experiência no cargo. Essa mudança verificada, portanto, no comportamento e perfil dos agentes é esperada porque coincide com a faixa etária normal de amadurecimento do indivíduo, quando, geralmente, está inserindo-se no mercado de trabalho e, muitas vezes, não tem outros compromissos e responsabilidades familiares. Além disso, no decorrer do trabalho, vão adequando suas características pessoais e posturas exigidas à função para um melhor desempenho e satisfação profissional.

Ilustram-se, a seguir, algumas falas que demonstram as mudanças citadas:

A gente tem estado mais atenta ao que tá fazendo, as coisas, ter mais responsabilidade com as coisas, entendeu? Nossa, eu era superdesorganizada. Depois eu, a gente passou a ser agente, pra gente cobrar das pessoas primeiro tem que fazer pra gente tá cobrando. (A2)

Eu tinha dezoito anos quando comecei a trabalhar, era muito assim, começando a minha profissão, né, eu aprendi foi com as pessoas mesmo, assim, relacionamento com as pessoas, é comunicação, eu era tímido demais, pra chegar numa família, ali, começar o diálogo ali era difícil demais, era difícil pra caramba. Então, pessoas que eu nem conhecia, a área, apesar de eu morar lá, tinha lugar assim que eu nem sabia como chegar. Então isso até hoje, isso tem melhorado demais, eu aprendi muito com o povo. [...] isso eu acredito que me ajudou muito nessa área aí de comunicação com minha família mesmo. (A7)

[...] interagindo com o pessoal aqui do posto, o pessoal da rua eu me tornei uma pessoa assim, bem melhor do que eu era, né. Mudei muito [...] porque antes, assim, meus amigos me tratavam, até assim, não tinha um respeito comigo que hoje tem. [...] Assim, algumas coisas que eu fazia antes e que agora, quando eu comecei a trabalhar, eu não faço mais, a responsabilidade que antes não tinha. Porque novo, a gente fazia muita bobagem! (A11)

Eu me senti mais humilde que, às vezes, a gente passava na rua torcia o nariz aqui, outro ali, então você conviver com as pessoas, você vê que não é aquilo que você pensava que você via assim na rua. (A12)

Quanto à idade, Ferraz e Aerts (2005) acreditam que, sendo o agente mais velho, ele terá teoricamente mais conhecimento sobre a comunidade. Tem, entretanto, maior possibilidade de possuir inimizades com o povo e resistências à aquisição de novos saberes relativos aos processos de saúde-doença perante as suas concepções e experiências prévias.

Outra implicação explicitada foram as mudanças relativas à interação social. Alguns agentes relataram aumento da convivência com as famílias de sua comunidade e uma sensível melhoria do relacionamento interpessoal e outros citaram não terem interação social significativa antes de se tornarem ACS. Esta última colocação contraria o pressuposto de que o agente deve ser uma pessoa da comunidade porque, teoricamente, irá possuir um envolvimento maior com a mesma, conhecendo as pessoas e suas histórias de vida:

Antes de ser agente, eu ficava só em casa, eu conhecia minha população, mas não a fundo. Eu conhecia de nome de vista e hoje não! Hoje eu conheço todo mundo, todo mundo me conhece, e eu converso mais com as pessoas que eu era mais tímida, ficava mais, igual eu falei, mais em casa, se eu saía não era pra ir na casa de ninguém, então, mudou bastante. Eu conheço Senador inteiro hoje, e eles também me conhecem, eu conheço a fundo o pessoal da minha microárea, e eles também me conhecem. Só que antes não era assim. Se falasse assim: "morreu fulano", ah, eu sabia quem é mas, sabia de vista, hoje não! Hoje eu sei quem é, filho de quem, vou visitar a família, sei o sofrimento da família, acompanho, então, mudou muito. (A15)

Na lei federal n. 11.350, de 2006 (BRASIL, 2006a), não há exigência de que o pretendente ao cargo passe por uma avaliação/entrevista no processo seletivo, com intuito de verificar sua aproximação com a microárea de atuação. Requer apenas que o mesmo resida em tal área.

O senso crítico da pessoa também passa por mudanças após assumir a função de agente. Sua capacidade de julgar e de solucionar problemas leva em conta os novos aprendizados e não mais se restringe ao senso comum:

[...] em relação às pessoas, mudou bastante a forma de vê, porque a gente tem um olhar assim, meio crítico, meio atrasado, então vai evoluindo bastante o olhar crítico da gente em relação a um certo tipo de coisa. Mas, um olhar crítico construtivo. (A13)

Quanto à valorização pessoal, observamos que o ACS se sente uma pessoa mais importante e que se valorizou e passou a ser mais respeitado em todo o ambiente em que convive. Os sujeitos tendem a assumir uma auto-imagem positiva,

geralmente baseada em funções importantes e pelo modo como os outros reconhecem seu papel:

[...] até mesmo dentro de casa ou na comunidade as pessoas me vêem como um profissional de saúde e não mais um simples membro da comunidade. Agora, além de ser um da comunidade, eu sou um ponto de referência. Às vezes acontece qualquer coisa, aí o pessoal fala: ah, vai lá conversar com o, porque ele pode te informar melhor. (A3)

[...] porque como agente de saúde, às vezes, eu me sinto mais importante. Porque, às vezes, eu achava assim: "Ah! Eu não sou nada! Não sou ninguém!" Hoje quando chega uma pessoa na minha casa que precisa da minha ajuda, principalmente quando eu posso ajudar, eu me sinto, tão importante, tão bem! Então, eu acho que influenciou sim e que ajuda sim. Eu me sinto mais importante do que eu era, só uma dona de casa. Mesmo com os meus amigos tem mais papo, mais coisa para conversar, eu acho que sim. (A15)

A dificuldade encontrada na conciliação das atividades profissionais e o papel de mãe também foram apontadas entre as agentes. Brito (2004) se refere ao espaço doméstico e às dificuldades de conciliar o trabalho e à vida privada em sua tese e demarca essa situação como implicação do universo feminino que reflete a intenção de concretizar planos pessoais sem que haja desvinculação da atividade ocupacional:

É, na minha família influencia pelo fato de ter pouco tempo de ficar com o meu filho, né, porque eu fico quatro horas de manhã e quatro horas à tarde, então, é pouco tempo. E, até pouco tempo, eu tinha que está fazendo as coisas dentro de casa, mas, só que veio a parte profissional que é o que a gente sabe, que é trabalhar, desde o início a gente sabia que eram quatro horas de manhã, oito horas por dia, então, é normal. A gente sabe que estava dentro do contrato. (A13)

As pessoas da comunidade, quando necessitam do ACS, não levam em conta o horário ou dia da semana. Consideram que, por ser um agente da saúde, deve estar à disposição a qualquer momento, independente do horário estipulado pelo contrato de trabalho. Por outro lado, o ACS, muitas vezes, é tido como o principal ponto de referência em saúde para a família, justamente por estar sempre pronto a ajudar de alguma forma, solucionar os problemas, dúvidas e necessidades de cada um. Esse fato é mais notável nas áreas rurais até mesmo pelo motivo de não possuírem unidades ambulatoriais e de pronto atendimento. Assim, o profissional que reside na comunidade é solicitado a qualquer momento, para auxiliar numa situação de agravo, urgência ou emergência, mesmo se não for sua atribuição atender a esses casos:

Você é muito procurada, porque, assim, a partir do momento que fala, assim, "agente de saúde", você já não tem mais um dia específico de

trabalho, qualquer hora que precisa, ele te procura, você acaba preocupando e acaba indo, né, você não deixa de tá atendendo, feriado, final de semana, a qualquer horário, à noite. Então, falou que é agente de saúde, eles vão na sua casa, batem na sua porta e você não consegue negar. Um dia você tá na casa da pessoa, muitas vezes você até passa noite. (A9)

Essa disponibilidade do agente também está relacionada com seu forte vínculo com a comunidade. Ele chega a considerar o outro como alguém da sua própria família. Assim, não lhe falta apoio dentro de casa para receber bem todos da comunidade:

[...] meu marido até me apóia, muitas vezes, chega alguém em casa à noite, uma criança com febre ou tem uma criança vomitando, né, ou tem um idoso com dor de cabeça, eles lembram sempre do agente, o agente tem que tá ali pra tudo. Às vezes, eles chegam lá em casa me chamando à noite e falam: "Ah, é meu filho que tá com febre, você podia ir lá dar uma olhadinha". Eu digo: "como você sabe que ele tá com febre? Mediu?" Então peço para levar o termômetro e medir. Daí meu marido me chama: "você vai lá e olha, depois pode não tá com febre e vai dá o remédio! Não sabe olhar". Então, assim, é tranquilo, às vezes, eu não quero ir e ele manda que eu vá. (A6)

Assim, de uma certa forma tem, porque as pessoas te procuram, mas eles acabam sendo como se realmente fossem da sua família. (A9)

Os problemas da comunidade são incorporados pelos agentes e fazem com que esses fiquem ansiosos pela resolução dos mesmos. Ademais, acreditamos que os agentes vivenciam fortemente as realidades encontradas nas famílias porque as situações são semelhantes às que eles também experimentam em seu contexto de vida. Esse apego ao outro e a preocupação excessiva podem afetar de forma direta a vida dos ACS:

[...] no início foi muito complicado porque o nosso treinamento [...] foi uma coisa muito corrida e a gente entrou assim pra pegar a família e assumir ela como sua família mesmo, você tinha que dar conta, você tinha que ir lá, não tinha hora, não tinha dia. [...] Então, isso complicou muito porque, às vezes, nós não íamos lá, igual hoje, pra orientar né, às vezes, até pra ensinar, sim, mas, não para pegar aquela responsabilidade como sua, né, pegar aquela criança e dar um banho. Hoje, você vai lá, você ensina. Antes não, você pegava e fazia. Então, assim, isso complicou muito, isso acumulou muito e, devido a isso, eu tive um problema sério de saúde que eu fui até pro psiquiatra, fui, eu tomei vários medicamentos, eu tive que fazer tratamento com psiquiatra, com psicólogo, aí eu tomei, depois eu sai por conta, eu tomei remédio por mais ou menos um ano, aí eu falei eu vou mudar meu jeito de ser e não vou tomar mais remédio. E parei de tomar remédio e tentei mudar, sabe? Mudar meu jeito de ser, de agir e aí até que foi mudando, a gente também foi tendo outros treinamentos, foi entrando outros enfermeiros e foi mudando até que hoje funciona excelente. (A6)

[...] querendo ou não, se a família está triste, a gente, mesmo que a gente não queira, a gente fica triste. Se a família está feliz, querendo ou não, a gente está feliz também. (A14)

O relato de A6 evidencia, ainda, como as atribuições do ACS, no início da implantação do ESF, na região de Diamantina em 1997, eram desorganizadas e descontextualizadas dos seus objetivos atuais. Isso remete à execução de procedimentos técnicos de enfermagem semelhantes aos executados no Projeto do Vale do Ribeira na década de 80, em São Paulo (SILVA; DALMASO, 2002).

Em relação ao **plano profissional**, a análise dos relatos dos agentes suscitou aspectos importantes e interligados ao plano pessoal. Nessa perspectiva, observou-se que, antes de tudo, ser agente implica uma colocação no mercado de trabalho, ou seja, uma oportunidade de emprego especialmente na zona rural, onde são mais restritas as possibilidades de serviço não braçal remunerado:

Mudou que agora eu recebo salário meu, posso tá ajudando mais, questão de família. (A2)

[...] zona rural quase não tem emprego, quase não! Não tem emprego. Aí o meu já dá, você ajuda sua família, né, isso já é uma grande coisa. (A10)

No campo profissional, algumas implicações se referem ao acolhimento. O agente preocupa-se com o coletivo, com o acompanhamento mais humanizado:

[...] a gente passa a perceber a pessoa, se você tem contato, você passa a perceber aquela pessoa de maneira diferenciada, né, de um jeito diferente. (A8)

No campo profissional, os agentes expressam o reconhecimento do trabalho que vêm desenvolvendo por parte da comunidade, na qual são considerados profissionais de saúde e constituem importantes referências, o que confere status diferente aos ACS. Esse fato de ser reconhecido pelos usuários reforça a necessidade de oficialização da profissão do ACS e uma valorização salarial:

[...] até procuram a gente pra tá perguntando certo tipo de coisa, tem uma confiança maior [...] é, às vezes, a gente fica até surpresa. Nossa! As pessoas têm tanta confiança na gente. A gente fica surpresa, e se a gente recebe muitos elogios, sinal de que está surtindo efeito, né. (A13)

Sob a ótica dos agentes, o conhecimento científico passou a fazer parte do seu contexto de atuação em detrimento do senso comum que era empregado em suas ações anteriormente, principalmente, nas ações de educação. Isso se justifica, mediante o aprendizado recente no Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, que ocorreu no município em 2007, possibilitando sensibilização e capacitação desses ACS pesquisados:

Mudou assim porque antes eu fazia tudo de maneira informal, agora eu tive uma experiência com meus colegas e aprendi muita coisa que eu não sabia. (A5)

[...] principalmente depois que nós tivemos o curso dos agentes de saúde, nós aprendemos muita coisa. Porque antes mesmo, lá em Maria Nunes, a gente trabalhava meio solto, meio não, era totalmente solto. A gente não tinha noção da importância que era uma visita, é não tinha noção quanto à pesagem sabe, pesava por pesar, mas não depois do curso, é deu pra ver que a realidade é outra, né, a gente tá ali pra cumprir é alguma coisa, pra ensinar para o povo, é para orientar e também para aprender no dia a dia. (A10)

Alguns agentes do grupo estudado possuem engajamento prévio ou mesmo atual com associações comunitárias, organizações não governamentais ou pastorais religiosas que desempenham trabalhos educativos e preventivos na comunidade rural. Esses agentes informam que as experiências vivenciadas nessas instituições contribuem para o comportamento e eficiência de seu trabalho no ESF ou PACS:

[...] eu já trabalhava na Pastoral da Criança e também eu era voluntária do PROCAJE, dessas crianças carentes que o pessoal pega para apadrinhar. Eu fiquei muito tempo no PROCAJE. Então, assim, a gente faz cursos e os cursos é justamente tá orientando as pessoas da prevenção. Então, é um trabalho do PSF e do PACS a prevenção e o da pastoral da criança é justamente isso, então, assim, não deu, não vi diferença porque eu já fazia isso. Eu já trabalhava com o povo e com essa prevenção. Então, só deu continuidade, né. (A9)

Outro elo de aprendizagem é a própria comunidade. O agente tanto leva informação quanto aprende com as pessoas coisas que serão úteis para as suas atividades:

[...] eu aprendi muito com o povo. Então, eu acredito que o pouco que eu sei hoje, assim onde eu cheguei, era através do povo mesmo, desse trabalho mesmo. [...] digamos que eu formei, eu aprendi com o povo, porque de mim mesmo eu não sabia nada não, então isso me ajudou bastante. (A7)

Por fim, podemos pontuar uma implicação que se reflete no plano profissional relativa à sensibilidade e consciência arraigadas de ser agente comunitário de saúde, o que reforça a identidade do ACS. O agente, a todo o momento, se coloca como tal e busca contribuir para o bem-estar de todos, independente do local, do horário e das pessoas. Essa postura é comum a outras profissões, como médicos e enfermeiros, que, ao se depararem com situações do campo da saúde, sempre buscam intervir e ajudar:

Às vezes, assim, você estar em um grupinho, mesmo que você não está naquele grupo, você ouve alguma coisa e vê que pode ajudar, de uma certa forma, você acaba intrometendo na conversa né, assim, em relação à saúde isso ajudou bastante. (A12)

Os aspectos situados nos planos pessoal e profissional caracterizam os elementos identitários do agente, os quais reconhecem sua importância no cenário em que atuam. Passa-se agora à análise da identidade desses profissionais, também denominada de identidade real que constitui a visão que o sujeito possui sobre si mesmo e o sentido que atribui à sua interação social.

4.6 Identidade social real

A identidade social real é constituída dos atributos pessoais sendo a maneira como o sujeito se vê e como percebe o seu relacionamento com os outros (FIG. 1).

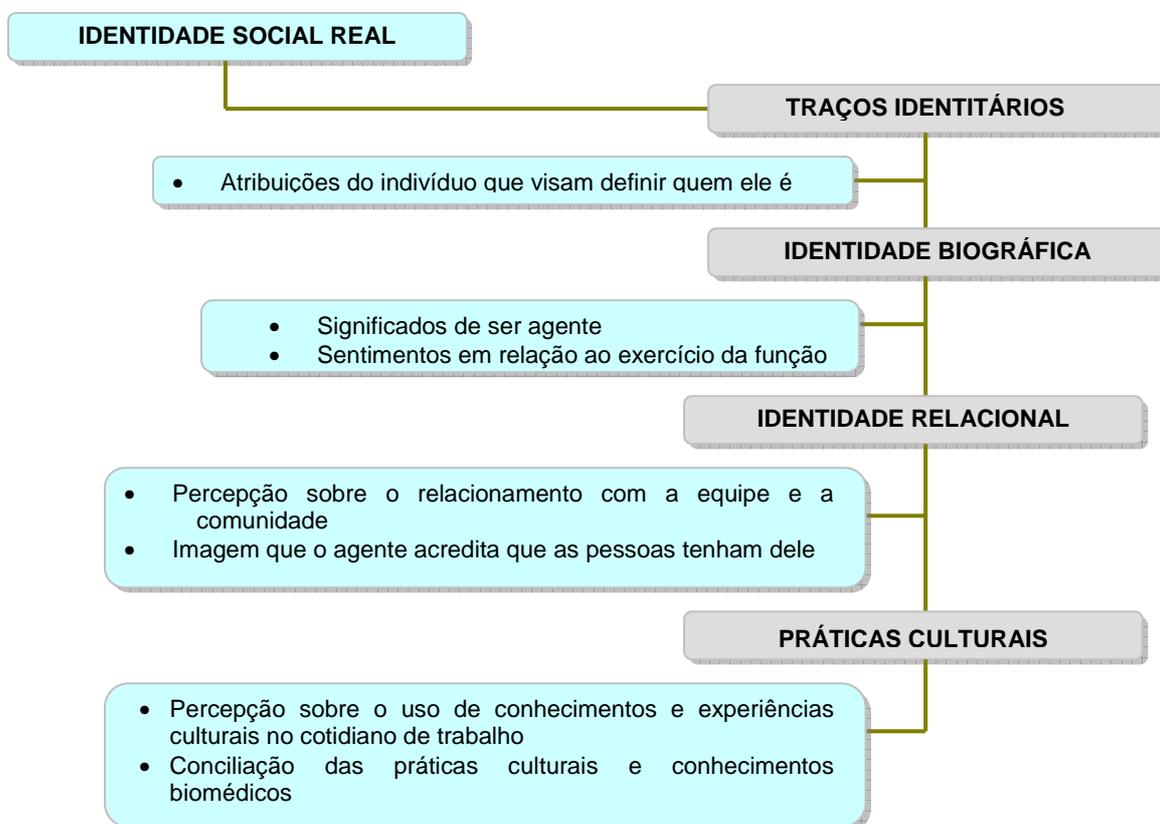


FIGURA 1 - Análise dos atos de pertencimento do agente comunitário de saúde
Fonte: Elaborado com base no referencial teórico e empírico.

4.6.1 Traços identitários

A imagem do nós e o ideal do nós de uma pessoa fazem parte de sua auto-imagem e do seu ideal do eu tanto como a imagem e o ideal do eu da pessoa singular a quem ela se refere como “eu” (SILVA; DALMASO, 2002, p. 90).

Os relatos e análises desse tópico referem-se às atribuições do indivíduo que visam definir quem ele é mediante solicitação de apresentação durante a entrevista: “Você poderia fazer uma apresentação sobre você?”.

Na análise da identidade social, destacam-se os sentimentos de pertença e atos de atribuição como aqueles que visam a definir a identidade para o outro. Por outro lado, as ações que exprimem a "identidade para si" são denominadas "atos de pertencimento".

Houve poucas menções quanto a essa questão norteadora talvez por inibição do entrevistado por ser esta a primeira indagação do roteiro de entrevista. Consistiu, portanto, de apresentações curtas, mas com descrições que revelaram marcas fundamentais dos atos de pertencimento que permitiram identificar traços identitários desses agentes comunitários de saúde de áreas rurais do município de Diamantina. Esses traços foram divididos em quatro partes, sendo elas, questões relativas à vida privada, histórico de vida, reforço da identidade social do ACS e projetos de vida.

As questões relativas à vida privada mencionadas referem-se a aspectos próprios do espaço doméstico com ênfase na constituição familiar. Observam-se, ainda, descrições do estado civil, idade e lugar onde residem.

Olha, eu sou uma pessoa muito calma, éh, gosto muito do que eu faço. Tenho minha família, tenho mulher, um filhinho de sete meses. É basicamente isso. (A3)

Meu nome é [nome], moro em Cachoeiras, trabalho lá em Cachoeiras e localidade. Tenho vinte e seis anos, solteira. Ah, é só. Moro com minha família, eh, meu pai, minha mãe e dois irmãos. Acho que só. (A4)

A [nome da agente] é agente de saúde, tem 22 anos está no 5º período do curso de Normal Superior em Couto. Minha família é formada por quatro pessoas, sou eu, minha irmã mais nova, meu pai e minha mãe. É isso, moro aqui em Mendanha, não nasci aqui, mas vim pra cá menina de colo, é isso. (A12)

Quanto ao histórico de vida, alguns agentes expressaram resumidamente o percurso de vida profissional e suas escolhas atuais, dificuldades enfrentadas e inserção precoce no mercado de trabalho. Ademais, foi mencionado o trabalho social voluntário anterior ao cargo de agente como sustentáculo nas atividades ora desenvolvidas:

Sobre eu? Bom, eu sou uma pessoa comunicativa e assim, tenho muita facilidade de tá comunicando com o pessoal da comunidade, da equipe de trabalho. E, trabalho muito em serviço voluntário, né. Então, isso dá a gente muita facilidade de tá envolvida com o público, né. Então, eu não tenho

dificuldade com o povão, povão não. Eu sou bem tranqüila, não gosto de coisa errada, às vezes, sou muito estourada, né, porque, quando começa a aparecer coisa errada, quando eu vejo, você já falou muita coisa, né? Tem gente que não gosta disso. Então, assim, muitas vezes eu evito até em entrar em muitos trabalhos da comunidade porque, às vezes, tem muita coisa debaixo dos panos e você envolve e acaba descobrindo, aí você vira a pessoa cri-cri da história. (A9)

Assim, explicar é difícil. Tenho 21 anos, eu moro aqui mesmo, com meus avós, perdi minha mãe quando eu tinha 9 a 10 anos, mas, mesmo assim, eu já morava com os meus avós. Meu pai separou da minha mãe e eu era muito novo, nessa idade, fui morar com meus avós. Desde novinho já havia começado a trabalhar. Desde novinho, eu já ajudava em casa, para ajudar os meus irmãos que eram menores. Logo depois, meus irmãos, que eram menores, foram também morar com os meus avós. Eu não sou uma pessoa muito nervosa, sou um cara muito calmo, até demais, sou muito calmo, não gosto de fazer intriga, é isso aí. (A11)

[...] vão fazer quatro anos que eu estou aqui no Inhaí, porque eu morava na Boa vista, há dois quilômetros daqui do Inhaí. E já morei fora, no período de quatro anos, estudei em escola de polícia civil em Belo Horizonte e vim para aqui e logo em seguida teve o concurso para auxiliar de dentista, não passei. Aí teve o de agente, eu passei. E gosto muito de estar trabalhando e acho muito importante esse serviço que eu participo. (A13)

O relato de A11 mostra como acontecimentos particulares da trajetória de vida de uma pessoa contribuem para formação de sua identidade, assim como a personalidade e auto-imagem se fazem marcantes na apresentação de A9. Esses atributos os definem para si mesmos.

A inserção como agente comunitário de saúde é uma forte marca nos traços identitários desses sujeitos, diferenciando-os das demais pessoas. Alguns reforçam a identidade social de ACS com valores positivos referentes à satisfação profissional e atribuições exercidas. Também é enfatizado tempo de permanência como sustentáculo e reforço da experiência na função:

[...] estou trabalhando na área da saúde, gosto muito, sempre tive vontade de tá trabalhando. Já trabalhei com o público, catequese, essas coisas assim, já tava acostumada com o povo, mas, na área da saúde, era o meu sonho. Sempre tive vontade de trabalhar nisto. E, assim, a gente trabalha porque precisa trabalhar e antes de eu precisar, é porque eu gosto muito, né. Gosto muito de trabalhar com o povo, gosto muito do que eu faço. (A1)

Me chamo [nome], sou agente de saúde há oito anos, gosto muito do trabalho, tenho a função de orientar, identificar e encaminhar, [pausa] trabalho numa equipe. (A14)

Eu sou [nome], sou casada, tenho duas filhas trabalho no PSF há oito anos [...]. (A15)

Identificamos, também, sonhos pessoais de profissionalização desses agentes que foram dificultados, até o momento, pela condição social desfavorável.

Demonstram, entretanto, satisfação com o trabalho de agente devido aos laços afetivos construídos na comunidade:

Eu sou [nome], tenho 22 anos, moro atualmente em Maria Nunes, trabalho como agente de saúde, né! Há quatro anos, e eu gosto no momento do que eu faço, mas meu sonho mesmo é sonhar mais alto, fazer outras coisas, eu acho que é só isso. Eu gosto, no entanto, eu tenho muita vontade de aprofundar mais o estudo, né, fazer uma faculdade na área de saúde, no entanto, quando eu era mais nova, até hoje eu tenho vontade de fazer pediatria né, só que, infelizmente, para quem mora na roça, a condição, às vezes, muita gente fala que não faz porque não quer, mas não é assim. Muitos têm facilidade de conseguir e outros não. Igual quem mora na roça, o rumo dele está sendo a cidade, está sendo ir embora. Mas, a partir do momento que você se sente ali segurando uma barra, aí não dá, mas, mesmo não realizando esse sonho, ainda eu me sinto feliz só de ter ali, aquele povo, que onde você passa tem um senhor, uma senhora que te abraça, aquilo eu fico numa maior felicidade, sabe eu gosto só isso. O pessoal toma aquele costume aquele carinho com você e isso satisfaz a gente. (A10)

Por meio desse depoimento apresentado, percebemos o quanto as oportunidades no meio rural são bastante limitadas privando os jovens de escolhas no campo educacional/profissional, e como esses aspectos marcam, de alguma forma, suas identidades.

4.6.2 Identidade biográfica

A identidade biográfica é a exposição de quem é a pessoa, sendo, ao mesmo tempo, autor e ator de sua descrição (ÉSTHER, 2007). Inicialmente serão abordados os significados evocados pelos agentes entrevistados ao fato de serem agentes comunitários de saúde diante da questão: “Fale o que significa para você ser agente comunitário de saúde”. A seguir, apresentam-se a descrição e análise dos sentimentos referidos sobre o exercício da função de ACS e, especificamente, na atividade de orientação das pessoas.

O trabalho fomenta no agente uma satisfação pessoal e sensação de gratificação por estar exercendo, de alguma forma, o bem para as pessoas da micro-área em que atuam. Os relatos evidenciam, ainda, como a convivência humana é direta e estreita na prática de trabalho do agente, possibilitando-lhe retornos positivos.

A afeição pelo que executam (A1) parece deixar o trabalho desenvolver-se de forma natural e suave, além de proporcionar um sentimento de satisfação em ajudar o outro com aquilo que se tem para oferecer.

Silva e Dalmaso (2002) chamam atenção para o caráter de solidariedade atribuído ao significado do trabalho, dado pelos ACS, com valor de sentir-se prestativo:

Nossa, é muito bom! Eu gosto muito. Porque é muito bom você saber que você tem alguma coisa da gente, tem alguma coisa de si, pode ajudar de alguma forma, pode tá orientando, né? [...] Ser agente de saúde pra mim é, nossa, é uma coisa maravilhosa! Gosto muito mesmo! (A1)

Me sinto uma pessoa, uma pessoa, assim, [...] como eu vou dizer, é, uma pessoa que as pessoas precisam mesmo, né. Útil, isso. Eu gosto de ajudar muita gente. Dá pra fazer muito mais. (A11)

O contato humano, durante o trabalho do agente, é a primícia maior que amplia a convivência do agente com o seu próprio ambiente de vida cotidiana e intensifica essas relações melhorando-as no aspecto da amizade, do respeito às diferenças e do reconhecimento dos limites pessoais:

Ser agente de saúde para mim é [pausa longa], é uma aprendizagem porque ser agente, você conhece, passa a conhecer as pessoas melhor, a conviver com as pessoas melhor. As pessoas, até você mesmo, passa confiança para as pessoas. Em questão de contar as coisas durante a visita, contar algum problema. [...] A gente se conhece melhor, a família, melhor as pessoas, entendeu? [...] que você passa a conviver melhor com as pessoas. (A2)

[...] ser agente é ter esse contato, esse contato humano e respeitar, né, respeitar as diferenças, as pessoas como elas são, não julgar se de repente, porque a gente releva muita coisa, né, como agente de saúde, mas a gente tem que perceber que algumas pessoas não têm julgamentos muitos pertinentes, essa questão educacional, né, de repente, influencia. Então, a gente, às vezes, tem que tá preparado pra aceitar muita coisa. E, então, ser agente de saúde pra mim é conviver com, ter uma certa convivência com outra pessoa, auxiliar na medida do possível, né, e também perceber até que ponto eu posso ajudar e até que ponto também essa pessoa, né, até que ponto ela pode esperar de mim algo, né. Então, é uma situação muito de, de repente, eu ter que compreender muito mais do que a pessoa, do que o campo de visão dela pode alcançar. (A8)

Esses vínculos estabelecidos fortalecem a responsabilidade assumida em promover auxílio ao outro e garantir uma constante disponibilidade em escutar e ajudar, além de reforçarem o caráter de solidariedade desse membro da ESF e PACS, significado relevante para ele:

É tá tendo mais possibilidade de ajudar as pessoas, porque as pessoas que mais precisam, são as mais discriminadas, que têm dificuldade em tudo, muitas vezes até de conversar o problema deles. Você tá presente na casa de cada um, eles têm mais facilidade de tá comunicando e a gente tem mais possibilidade de tá ajudando também, porque as pessoas se tornam uma pessoa sua. Você acaba brigando por elas, como se fosse alguém da família sua realmente. (A9)

Essas colocações reforçam aquelas citadas em traços identitários dos agentes comunitários de saúde, ou seja, reconhecem o importante vínculo que criam com as pessoas e percebe-se que a realização no trabalho está ligada à percepção de terem contribuído para promoção da saúde das pessoas.

A análise dos dados apontou significados como aquisição de valores pessoais necessários ao trabalho, a importância da convivência com as famílias e a satisfação no trabalho interligado ao êxito dos objetivos propostos.

O agente salienta que sua postura no trabalho é que irá contribuir para o envolvimento construído com as famílias:

Eu acho que significa, assim, o envolvimento que você tem com a comunidade né, uma que você tem que tá por dentro conhecer todo mundo, conhecer as famílias, ter afinidade, ter humildade também, né, ter simplicidade para estar chegando, conversando, pra tá conhecendo melhor as famílias. (A10)

É! Assim, essa palavra agente comunitário de saúde engloba muita coisa, né, é, você tem que ter uma satisfação, ter um compromisso, ter uma ética, e, além de tudo, gostar do que está fazendo para ver se surte efeito, às vezes, a gente não gosta, a gente acha, o perfil da gente não ajuda, não surte efeito nenhum. (A13)

Este envolvimento, ou seja, a convivência contínua e direta favorece a credibilidade e encurta o caminho para atingir as metas:

[...] porque ser agente você conhece, passa a conhecer as pessoas melhor, a conviver com as pessoas melhor. As pessoas, até você mesmo, passa confiança para as pessoas. (A2)

Quanto melhor o relacionamento construído com a família, mais eficácia no trabalho:

A gente tem que procurar essa relação aí também de amizade com as pessoas. E, através da amizade, você se relaciona bem com as pessoas, a gente pode fazer um trabalho melhor como agente de saúde. (A7)

A escolha do trabalho foi evocada espontaneamente por alguns entrevistados que explicaram seu sentido pessoal nessa função e informaram estar ligada a afinidade pela área da saúde. Já para outros, a vontade que possuem de ajudar formalmente as pessoas da comunidade, atraiu-os e um agente citou a função como uma oportunidade de trabalho:

Ser agente eu acho que é, primeiro é uma forma de trabalho, depois é uma forma também de tá ajudando, não só por ser remunerado, mas é um área que você tem muito contato com as pessoas e pode passar muita coisa pra elas, tentando melhorar a vida delas, né. (A5)

Agente pra mim? Assim, eu tinha muita vontade de entrar na área da saúde porque, desde pequeno, tenho um sonho de ser médico, mas assim [...]. Mas, quando surgiu o concurso de agente de saúde, eu entrei porque eu vi que era uma parte da saúde, que era um caminho pra gente seguir, né. Aí eu me empolguei muito, achei que era muito bom. É fantástico, o serviço é bom demais, poder ajudar não só, assim, as pessoas de perto, mas, pessoas de longe também. Tá. (A11)

O reconhecimento e satisfação percebidos estão, de alguma forma, ligados ao êxito no serviço ou no atendimento das necessidades das pessoas, demonstram o quanto se envolvem com os problemas e o desejo de solucioná-los. A partir do resultado de suas atuações e encaminhamentos, consideram-se, ou não, realizados (A12).

A realização por desenvolverem um trabalho prestimoso e a sensação de satisfação, quando observam que seu esforço é reconhecido pelas pessoas e pela equipe, são comuns a todos os agentes em diferentes contextos (SILVA; DALMASO, 2002):

Ah! Eu me sinto muito bem, só que, às vezes, quando a gente não consegue resolver certos problemas, às vezes, a gente mesmo fica chateada com aquilo, porque a gente dá o máximo e não consegue resolver, quando a gente consegue resolver é, nossa! Uma satisfação enorme, mas, quando a gente não consegue [...] fazer o que, né? [...] Quando é satisfatório, nossa! É muito bom pra gente e para a pessoa. Não é sempre que dá. (A12)

Destaca-se, também, a preocupação com as comunidades menos privilegiadas que carecem de informações, insumos e atenção em geral, conforme demonstrado no depoimento de A3, como um sentido atribuído ao trabalho:

Olha, pra mim significa poder levar pras pessoas da zona rural, que é o meu caso, porque elas têm mais dificuldade pra tá procurando o centro de saúde. Então, pra mim significa poder levar pra essas pessoas é [...] uma melhoria na saúde, né, tá orientando, tá dando as instruções, né, de como tomar os medicamentos, levando os próprios medicamentos. Então, pra mim é isso, poder proporcionar pra essas pessoas a melhoria em saúde, da maneira que elas precisarem. (A3)

A saúde não é vista de forma fragmentada pelos agentes, o bem-estar social e mental está, a todo o momento, fazendo parte de suas ações de promoção da saúde. Essa visão holística da saúde contribui para a qualidade da atenção e da construção da cidadania; além de revelar o agente como um ator social consciente da assistência humanizada. Ilustram esses aspectos os depoimentos a seguir, também, considerados significativos de sua prática cotidiana:

[...] eu envolvo as pessoas da comunidade em outro trabalho, como a associação, eu tento mobilizar a comunidade no qual eu trabalho. E não preocupo apenas com trabalho na área da saúde, mas me envolvo em outras áreas. Porque, para se desenvolver uma comunidade, eu acho que a gente precisa é envolver o povo em tudo, porque a saúde depende de várias outras coisas também para que a comunidade se desenvolva. (A7)

Ser agente comunitário de saúde é uma coisa, assim, tem família que você chega e eles estão precisando de uma palavra, estão precisando só de um carinho, então, isso é muito gratificante. Quando você sai da casa e você vê que você fez alguma coisa de bom para aquela pessoa, que a pessoa sentiu bem com a sua presença, é muito gratificante, ser agente de saúde pra mim é isso. (A15)

Complementando o sentido dado à prática do trabalho, procurou-se identificar o que sentem, ao exercer a função de ACS e, especificamente, em orientar as pessoas da comunidade. Esses aspectos revelam a aproximação, afinidade e satisfação que possuem em ser agentes comunitários de saúde. Após analisados, agrupamos todos os relatos elegendo os sentimentos/manifestações que os representassem em relação à função e atividade de orientação, conforme apresentado no QUADRO 5:

QUADRO 5
Sentimentos expressos pelo agente comunitário de saúde em relação ao trabalho e atividade de orientação

Quanto ao trabalho	Quanto à orientação
Felicidade	Satisfação
Tranquilidade	Gratificação
Impotência	Aprovação
Satisfação	Felicidade
Irrealização	Prestígio
Tristeza	Constrangimento
	Prestimosidade
	Autoconfiança

Fonte: Entrevistas com os agentes.

A maioria dos entrevistados apresentou sentimentos positivos em relação ao trabalho realizado, com ênfase na orientação das pessoas. Também foram expressos sentimentos de tristeza e impotência devido às limitações que os impedem de solucionar problemas e atender às necessidades das pessoas. Essa

contradição aponta como os contextos sociais geram sentimentos positivos na esfera do trabalho, tais como felicidade e prestígio em levar algo de bom por meio do trabalho e contribuir diretamente para a melhoria da saúde da comunidade, mas, ao mesmo tempo, desconforto em ver tantas necessidades e dificuldades que não estão ao seu alcance de atender ou resolver. Assim, promover bem-estar e fazer educação em saúde parecem estar em desconexão e provocam percepções distintas no agente:

Oh, às vezes, eu me sinto bem, às vezes, impotente. Por causa que aqui é zona rural, né. Nós não temos muito a oferecer, principalmente quando se trata da saúde, pelo fato, nós não temos médico, né, agora, né, era PSF agora é PACS. Nós não temos médico e a distância que tem daqui a Diamantina. Então, a carência aqui é muito grande e a gente encontra uma certa situação que você não tem como fazer nada. Então, assim, e pior, quando você consegue resolver alguma coisa você fica feliz da vida, mas tem hora que é complicado. Pelo fato da distância, agora não que ainda tem ambulância né, que ajuda, que o caso que não resolve aqui vai lá pra Diamantina. Mas, tem vez que mesmo assim é difícil. (A6)

Eu, às vezes, eu sinto tristeza de não conseguir fazer o que as pessoas precisam, mas, na maioria das vezes, como eu falei, uma visita basta. Uma palavra, um carinho basta, mas, às vezes, eu me sinto muito triste, às vezes, eu sinto que o trabalho não está valendo a pena. Porque você chega numa casa, é muito difícil você falar com uma família como que ele tem que alimentar a criança, se ele não tem o que dá para a criança e lá na minha área tem uma rua, uma única rua, que é bem carente mesmo, então, nesse ponto, é muito triste. Às vezes, a gente vê as coisas e não pode fazer. (A15)

Percebe-se, no relato de A6 e A15, que há mais responsabilidade no trabalho do que de fato é atribuída ao agente; preocupação com o quadro geral da assistência à saúde de sua comunidade e com as questões relativas a mazelas sociais. Isso aponta indícios de sua forte ligação com a instituição e sensação de impotência em face dos problemas da gestão da assistência e administração pública. Há, entretanto, clareza de que contribuem para a promoção da qualidade de vida da população, fato que provoca sentimento de prestígio:

Eu me sinto bem, porque se eu posso, se eu tenho essas condições, né, essa condição de tá orientando as pessoas é, eu me sinto bem, porque poder tá ajudando essas pessoas porque, de repente, a pessoa tiver um problema e for esperar quando tiver uma chance de contar isso pra um médico, ou, até mesmo, coisa que não depende de médico. Mas, até mesmo, um procedimento com lixo, um procedimento com esgoto, a gente poder tá orientando a pessoa sobre a maneira correta de tratar daquilo. Então, é bom demais você poder tá orientando as pessoas a ficar bem consigo mesma, né, bem de saúde. (A3)

Eu me sinto, é como eu falei, importante. Eu me sinto super importante. Nossa! Demais! No curso nós até comentamos, eu falei! Gente eu não sabia que eu era tão importante! Eu me sinto muito bem, muito importante e muito feliz! Principalmente quando eu vejo resultado. (A15)

Observaram-se, também, sentimentos de irrealização quanto ao cargo. A agente relata sentir-se “incompleta” e apresenta dificuldades no serviço e, ainda, constrangimento ao repassar algumas orientações:

No exercício? Bem, quanto à profissão, não é uma profissão muito fácil, né, de lidar, não me sinto completa, não me satisfaz, se eu fosse falar aqui numa profissão que me completa, enquanto agente de saúde, justamente porque é um complemento de trabalho, de grupo, né e comunidade no geral. Bem, quanto à comunidade, às vezes, eu não tenho um respaldo total das pessoas e nem elas também de mim, porque é um trabalho que é difícil, é difícil de realizar. No geral, no complemento entre família e equipe, não é um trabalho que, às vezes, me completa muito, principalmente porque tem muita dificuldade e essas situações de resolução não são muito fáceis. [...] Nossa! A gente tem que procurar perceber se realmente a pessoa, se a orientação é pra ser feita naquele momento, se a pessoa vai receber bem a sua orientação. [...] Se eu falar algo, se a pessoa vai achar ruim ou não; como é que isso tem que ser feito, né, tem que ser feito de maneira muito minuciosa. É, às vezes, causa um certo constrangimento mesmo. [...] É, isso da gente, às vezes, orientar é meio complicado, a gente tem que saber ver se realmente deve ser feito, se a pessoa precisa mesmo daquele tipo de orientação. (A8)

Por outro lado, a maioria dos agentes gosta do que faz, sente-se bem e realizada por exercer tal função. Alguns expressam tranquilidade, o que demonstra já terem incorporado a prática como algo próprio a sua identidade:

Ah! Eu me sinto muito feliz, gosto muito. (A1)

Eu me sinto assim, eu me sinto bem, porque as pessoas, elas têm um grande respeito, né, por agente, é [...] muitas coisas você pode tá [...] aprendendo, pode tá levando para a comunidade, tá passando para as pessoas. É isso, eu me sinto bem exercendo esse trabalho. (A10)

Assim, eu me sinto bem à vontade, porque, até mesmo, porque a gente, eh, a enfermeira é muito boa, dá apoio pra gente, né, e as colegas também são muito boas, dão maior apoio, principalmente, no início, que eu entrei, me ajudaram bastante, eu me sinto bem à vontade. (A13)

Quanto ao sentimento referente à orientação a pessoas da comunidade, mais de 90,00% dos agentes estão com a autoimagem positiva, revelam alegria, autoconfiança, sensação de utilidade. O reconhecimento gera uma sensação de bem-estar. Isso reforça identidade positiva, o agente se vê como um importante ator social que contribui para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, principalmente, as mais necessitadas:

Eu me sinto muito bem, assim, a gente vê que tá realmente ajudando aquela pessoa e que o trabalho da gente tá sendo um trabalho que ta sendo reconhecido ao mesmo tempo, né, que quando você orienta e a pessoa acata essa orientação e ela se vê sendo ajudada. E, muitas vezes, as pessoas fala sobre o trabalho do agente que melhorou muito a comunidade, que realmente ajuda, né. [...] se sente valorizado também pelo trabalho da gente, né. (A7)

Então, assim, é muito gratificante, você se sente muito bem de tá ajudando os outros. (A9)

Eu me sinto muito útil, muito, muito mesmo! Eu me sinto assim, uma pessoa, assim, capaz de ajudar a todo mundo. (A11)

[...] eu acho que os agentes de saúde são muito importantes, muito mesmo, eu acho que no PSF o agente de saúde é a peça-chave, é a peça mais importante, que é o elo entre a comunidade e a saúde, eu acho que as pessoas deviam ter muito carinho para receber os agentes. (A15)

A identidade real não se constitui apenas sob a visão que o sujeito tem de si mesmo, ela se articula com a esfera de trabalho e identidade relacional para si expressas a partir de seus processos de interação com os outros, tomando aqui, como referência, a relação com os demais agentes da equipe e outros profissionais e a comunidade que é foco central de sua ação.

4.6.3 Identidade relacional para si

A identidade real de um indivíduo é moldada a partir da avaliação e autodefinição da pessoa sobre si mesma; conforme ela se percebe e acredita ser vista pelos demais na esfera relacional (DUBAR, 2005).

No que tange a essa questão, identificamos, junto aos agentes pesquisados, sua percepção a respeito do relacionamento com os demais membros da equipe de saúde (ESF ou PACS) e os usuários do serviço de suas áreas de atuação. Identificamos, também, a imagem que o agente acredita que as pessoas tenham sobre ele.

O relacionamento com os colegas da equipe foi quase que, unanimemente, considerado excelente, exceto por um agente, expresso como bom ou ótimo. A exceção referiu-se à ligação estritamente profissional da agente com a coordenadora imediata (enfermeira da equipe) que alegou posições hierárquicas e relações de poder sob conflito. O restante dos relatos apontou que, muitas vezes, essas pessoas já se conheciam e, ao passarem a trabalhar juntas, aprenderam a conviver.

Eu acho que é bom com os agentes de saúde, com os auxiliares de enfermagem, com a enfermeira coordenadora. Então, eu não tenho que reclamar não, assim, na medida em que eu posso, a gente se relaciona muito bem, não tem assim nenhum atrito, graças a Deus. (A7)

Embora revelassem estabilidade e satisfação com a interação do grupo, alguns mencionaram divergências corriqueiras e, portanto, normais no convívio social. As divergências são sempre trabalhadas com a finalidade de não prejudicar o trabalho em equipe e a assistência à comunidade:

Meu relacionamento acho que é bom, porque acho que eu sou um pouco polêmica, mas, eu acho que todo mundo pensa um pouquinho diferente, age de maneira diferente, mas, sempre chega num consenso e vê o que é melhor não pra gente aqui, mas sim para beneficiar as pessoas pra quem a gente trabalha, porque a gente trabalha pra gente, a gente trabalha para as pessoas, para que elas se sintam bem. Então, chega num consenso para vê o que é melhor, de repente, isso, acontece, mas, o principal alvo não é aqui, mas, sim, o consenso da equipe em prol da nossa comunidade. (A13)

A relação de equipe emerge como elemento fundamental na Estratégia de Saúde da Família, na qual o trabalho necessita envolver toda a equipe para garantir a interdisciplinaridade.

É muito bom! Nós somos equipe mesmo, né? Todo mundo trabalhando em conjunto, todo mundo ajudando de alguma forma. É equipe mesmo. (A1)

Em sua obra, Silva e Dalmaso (2002) afirmam que os agentes tendem a se diferenciar da população em algumas situações e se sentir mais próximos da equipe de saúde devido aos conhecimentos técnicos e o *status* adquiridos. Mas não consideram que essa diferenciação, por um lado, e inserção por outro, sejam completas, ou seja, eles não estão totalmente diferenciados da população e nem completamente integrados à equipe. E mais, acreditam que os ACS formam um grupo próprio entre a comunidade e a equipe da ESF ou PACS e caracterizam um “vínculo móvel e uma identidade ambivalente” (p. 182). Essa percepção revela uma possível crise de identidade vivida pelo agente no sentido de encontrar um equilíbrio entre aquilo que se espera dele e o que lhe é peculiar, entre o trabalho em equipe e o contato direto com os usuários.

Evidencia-se que, na zona rural, muitas vezes, há dificuldade de realizar-se o trabalho em equipe de forma contínua. Isso se deve ao fato de os agentes, responsáveis por localidades mais afastadas da sede dos distritos, residirem nesses locais ficando a maior parte dos dias afastados do restante do grupo, e, portanto, impossibilitando os contatos entre os profissionais:

Assim, eu não tenho muita convivência com as meninas de lá do posto, lá da [nome da equipe]. Então, não tenho muita assim, porque eu vou lá duas vezes, uma vez no mês. Trabalho lá dois dias. Então, não tem como cê ter aquela convivência com as meninas, até mesmo com [nome da enfermeira],

custo vê ela, entendeu? [...] Mas, quando eu vou lá, a gente conversa, tem entrosamento, mas ligação com as meninas, eu não tenho. (A2)

Por outro lado, o relacionamento com a comunidade, na percepção do agente, revela que os usuários são imediatistas, gostam de ter suas necessidades resolvidas com agilidade e ficam insatisfeitos com os agentes quando isso não é possível. Essa situação gera sentimento de desmotivação. Consideramos que muitas atividades não são atributos do agente, havendo um desconhecimento da população sobre a dinâmica da rede de assistência à saúde do município e sobre o real papel do ACS:

[...] com a comunidade que eu acompanho, eu tenho o relacionamento bom. [...] só aqui dentro que eu tenho esse relacionamento de algumas pessoas que querem as coisas na hora que pediu. Se a consulta não foi marcada, vêm em cima de mim, não em cima deles lá que marcam a consulta, vem tudo em cima de mim. Eu que sou o alvo, porque fui eu que marquei, eu que pedi pra marcar. [...] aqui tem polêmica. Acho que, pela proximidade, por eu morar aqui. Dia de sábado: “ah, cê marca consulta pra mim?”, entendeu? Dia de sábado! Me vê a semana inteira, dia de sábado vem aqui em casa me pedi pra marcar. Então, tem essas polêmicas, eu não trabalho dia de sábado. Mas vai eu falar com as pessoas que eu não trabalho dia de sábado. Vai eu falar! (A2)

[...] você faz o que você pode, o dia que você não pode é 1%, nó, te deixa pra baixo, você fica com vontade de deixar tudo. Muitas vezes, por causa de muitos, você acaba passando por cima. Mas, tem dia que você fica muito pra baixo, tem pessoas que te derrubam mesmo. Às vezes, uma mínima coisa, às vezes, por uma coisa que não tá no seu alcance, que você não pode fazer. (A9)

Percebemos, ainda, interferências críticas advindas de candidatos a cargos políticos e de vereadores ao trabalho do agente aliado à desinformação da comunidade a respeito da proposta da Saúde da Família. Os usuários, quando não se encontram esclarecidos sobre o sistema de saúde e as atribuições de cada profissional, passam a acreditar em argumentos eleitoreiros que interferem negativamente nas ações do ACS:

Eu acho assim que as pessoas, às vezes, não tratam, não recebem muito bem o agente ou a equipe de saúde, por falta de conhecimento, por falta de, às vezes, tem política, atrapalha, no período político, mesmo, tudo que acontece de errado, que não deu certo, a culpa é do PSF. (A15)

Outra interferência no relacionamento refere-se à história de vida anterior ao serviço como agente, que pode dificultar seu acompanhamento à família, uma vez que não há como escolher as famílias com as quais ele irá trabalhar e, sim, deverá acompanhar toda a microárea a ele destinada. Assim, se houve algum conflito ou

problema de relacionamento interpessoal com algum vizinho, por exemplo, isso pode gerar a não-aceitação ou o distanciamento do usuário com o agente:

Ótimo! Meu relacionamento com a comunidade é ótimo, assim, até por conhecer todo mundo, assim, por morar aqui, por conhecer todo mundo. O meu relacionamento com a comunidade é muito bom, tem algumas pessoas que a gente não agrada, mas, nem todo mundo é perfeito, né. Assim, porque toda comunidade tem o pessoal que a gente se dá bem e tem o pessoal que a gente não se dá e, até mesmo, por, assim, tive complicações, mais atrás, pessoais e tem pessoas que não aceitam a gente ir na casa deles, entendeu? (A11)

Desviando dessas particularidades, na opinião do agente, o relacionamento para com a comunidade e equipe é bom. Ele ressalta que os laços desse vínculo agente-família se reforçam com o tempo, bem como a promoção da escuta e o acolhimento. Passam, a partir daí, a receber constantes elogios da população evidenciando uma autoimagem positiva do seu trabalho:

[...] eu sempre tive apoio da comunidade, tudo que eu preciso, às vezes, né. Até porque eu envolvo muito com a comunidade, sou muito envolvido com a comunidade, eu não tenho que reclamar do meu relacionamento. [...] Então, conversando ali sobre outros assuntos, de pessoas, às vezes, até assim me elogiam pelo meu trabalho, tanto de agente de saúde como, digamos assim, da associação, por exemplo. Isso acho que facilita bastante, ajuda muito. [...] eles têm me elogiado bastante, eu trabalho assim, sempre procuro uma parceria com eles pra desenvolver outro trabalho na comunidade. (A7)

Depois que surgiu o agente de saúde mesmo, o pessoal fala que a vida melhorou bastante, né, porque antes não tinha. (A11)

O fato de residir na mesma área de trabalho fortalece o relacionamento com a comunidade, além de facilitar o serviço como um todo. O agente, antes de ingressar no trabalho, já conhecia as pessoas da comunidade e sua cultura e, ao assumir suas funções, reforça o vínculo e passa a tomar conhecimento de intimidades das famílias. Nesse contato constrói confiança e aceitação.

A esse respeito, Silva e Dalmaso (2002) comentam que o agente comunitário de saúde luta para garantir uma melhor assistência para a comunidade e o fato de ser proveniente dos locais onde atua, contribui nesse processo, pois conhece as necessidades e carrega anseios e características semelhantes às do povo que assiste. Esses laços tornam-se fortes e a clientela começa a fazer parte do contexto de vida dos agentes, conforme se pode observar:

[...] por eu morar lá, eu conheço o povo, eu conheço meu povo, então, a gente costuma falar meu povo! Minhas crianças! Minhas mulheres! Lá em casa sempre que o telefone toca, meu marido fala assim: “suas mulheres estão te ligando!” [risos]. Porque eu brinco com ele que ele trabalha com

caminhão, eu falo com ele “seus homens”, aí ele fala comigo “suas mulheres”. Então, a gente fala assim, sabe, por a gente morar no local, a gente conhece todo mundo da área da gente, conhece mesmo! A gente sabe o que, como eles vivem, como é o dia-a-dia, como é a situação financeira, a gente conhece. Mais fácil, muito mais fácil e a área que a gente pega, aquela microárea, a gente está todo mês, está vendo aquela casa, se eles estão é, qualquer coisa eles comentam com a gente, é uma separação, é tudo, comentam com a gente, é um emprego novo, um desemprego, então, a gente conhece muito as pessoas, o fato de morar no local ajuda muito. (A15)

Também chama atenção o trabalho social anterior do agente e seu vínculo com a comunidade é mais perceptível e consistente, tudo isso por meio de associações de moradores ou de outros trabalhos comunitários, o que torna suas atividades mais tranquilas.

Percebe-se que o conhecimento prévio do agente a respeito da população da área tem um valor importante para sua prática e promoção de melhorias do seu território:

Mas ali é mais fácil, pelo fato de você conhecer melhor, por ter o vizinho que conhece o outro vizinho, né, então, fica mais fácil de agir ali, fica mais próximo da gente, para fazer o melhor trabalho possível que a gente possa estar fazendo. Porque, é, a gente trabalhando em volta, a gente está sabendo que a gente está fazendo, pra gente porque eu moro ali, então, eu estou fazendo pra eles e pra mim. (A13)

Uma agente (A12) apontou a proximidade com a clientela como uma situação, às vezes, desconfortável devido ao constrangimento quando se tem necessidade de corrigir algum hábito ou alertar para algum risco. Essa situação gera um sentimento ambíguo (amigo e profissional); isso é comum a todas as áreas de trabalho, mas, para o agente, o fato é agravado pela permanência constante da situação:

[...] como eu já conhecia, aí você chegava na casa e não tinha nem, você ficava sem graça de falar alguma coisa com as pessoas por causa do convívio, e com as pessoas desconhecidas vai pegando convívio com o tempo, então é mais fácil, se você vê que tem alguma coisa errada pra chamar a atenção com jeitinho, e as pessoas conhecidas são mais difíceis, elas acabam levando para o lado assim pessoal e eu acho que, com pessoas desconhecidas, que você vai conhecendo aos poucos é melhor. (A12)

Alguns agentes acreditam que o fato de serem jovens limita-lhes a credibilidade e confiança pelas pessoas idosas, que geralmente se sentem menos à vontade com o ACS:

Têm algumas pessoas que não leva a gente muito a sério por a gente ser muito mais novo do que elas. “Aí, olha o tamanho daquele menino passando informação pra mim, ele não conhece nada da vida!” O pessoal mais velho fala isso, né, “não viveu nem metade da vida que eu vivi”, mas, a

gente procura está insistindo com isso, aquilo e acaba convencendo eles.
(A11)

A aceitação a respeito da atuação dos agentes e o carinho para com eles procedem da comunidade. Essa demonstração é feita neste depoimento:

[...] pela ação, pelo carinho que têm comigo, pelo carinho que têm, né! As pessoas demonstram muito carinho e aceitação, só de ser aceito já é um carinho que têm pela gente. (A14)

Muita gente acha que eu sou uma ótima agente. Inclusive, quando nós tivemos que redividir a área, muita gente ficou chateado porque passou de mim para outra. Outras pessoas já não devem pensar a mesma coisa, a gente não é a mesma coisa pra todos, mas a maioria eu estou pra te dizer que 80%, 85% das pessoas me acham uma agente de saúde muito boa. Muito amiga, eu tento ser. (A15)

Ademais, quando não há reclamação entre os usuários a respeito do trabalho executado pelo agente, este se considera ser bem aceito, o que lhe facilita contribuir para a qualidade de vida das pessoas por meio do vínculo estabelecido.

Para aprofundar a análise da identidade social real do agente comunitário de saúde de áreas rurais, serão abordadas as práticas culturais que interferem na construção da identidade desse ator social, importantes no contexto estudado.

4.6.4 Práticas culturais envolvidas na construção da identidade do agente comunitário de saúde

Segundo Silva *et al.* (2007), existe uma ligação entre a identidade da pessoa e as coisas que ela usa no seu dia para o lazer, o trabalho e a satisfação de necessidades básicas como, por exemplo, um tipo de comida que consome. Sendo assim, podemos dizer que a identidade também é simbólica. Os significados produzidos pelas práticas posicionam os sujeitos dando sentido à existência e àquilo que se é.

Os conhecimentos e experiências de vida dos agentes influenciam em seu trabalho porque fazem parte do seu universo cultural e, conseqüentemente, da comunidade. Os significados trazidos pelo indivíduo surgem da interação com a família e com os demais sujeitos do ambiente social em que se transita (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Muitas vezes essas vivências são repassadas para ajudar a resolver problemas simples de saúde ou sensibilizar as pessoas a não cometer erros ou

recair em vícios já experimentados. Observa-se, também, uma troca de conhecimentos entre os ACS e os usuários, um aprende com o outro:

Eu sempre fui da zona rural e via os problemas que tinham na época, aonde eu morava, uma região de muito difícil acesso e tal, acesso tanto das pessoas ao centro de saúde. Então, aconteciam que muitas pessoas adoeciam lá, tinham os problemas de saúde. Então, pela minha família ter vários problemas de saúde e acabavam se automedicando e nem sempre isso era a maneira mais fácil de se resolver. Então, hoje a gente trabalhando nessa área, eu posso tá orientando as pessoas da melhor maneira possível, né, dentro do que eu posso falar ou então pedir pra que elas procurem um centro médico. (A9)

Assim, uma vez, mesmo eu passei mal por assim, beber muito, bebo hoje, assim, mas tenho consciência que, pelo meu trabalho, tenho que dar exemplo, levar alguma coisa pro pessoal. Já mexi com algumas bobagens sim, mas, que hoje eu não mexo, mas é assim. (A11)

Influenciam bastante, porque eu sou de uma família de 15 irmãos, então, a vida não foi muito fácil, né, então, a gente vai vendo, a gente já viveu de perto aquilo, então, e continua vivendo, então, fica muito mais fácil você estar assimilando aquilo que acontece na comunidade e com a gente. [...] No trabalho, com o cuidado com crianças porque eu ajudei a olhar meus irmãos, é chegar em uma casa e observar se aquilo ali está mais ou menos correto, né, e consertei muitas coisas que eu já havia aprendido que estavam erradas, foram mudadas, então, influencia bastante. (A13)

Quanto ao uso de medidas alternativas de cuidados com a saúde, como chás, xaropes caseiros, benzeções e outros, o agente relata confiar nesses métodos e repassá-los quando aplicáveis às pessoas. Essa prática, ele procura fazer dissociada do seu trabalho na ESF ou PACS, revelando separar o que é conhecimento e orientação biomédica e repassar esses outros saberes como conhecimento pessoal:

Olha, até que num ponto a gente respeita o costume da cada pessoa. Religião, essas coisas a gente nem comenta nas casas. Agora nos fatos de remédio, essas coisas, influencia sim. Se tem uma criança ali que está com problemas e se perguntar que chá que você dava para os seus meninos. Mas, aí não é nem no caso de agente não, é no caso da vida da gente mesmo. [...] a gente troca experiência de vida, eu falo da minha, eles falam da deles, fala de filho, tem marido [...]. (A15)

A troca de experiências pessoais vai de encontro a questões sobre as quais o agente julga interessante alertar ou motivar:

Acabo utilizando, uma coisa que eu fiz e que deu certo, uma coisa que eu fiz e que não deu certo. Por exemplo, é, estudar mesmo, né, um exemplo, lá em [nome do distrito], agora está saindo um curso técnico, então, o pessoal fala: "Ah! Eu não vou estudar porque isso não vai me dar nada". Aí eu falo, quando eu fiz o segundo grau, eu já tinha casado, já tinha as minhas filhas, então, eu já estava mais velha, só que se eu não tivesse feito, hoje eu não estaria empregada. (A15)

A dimensão religiosa é desvinculada das orientações do ACS. Ele considera a saúde espiritual, mas não utiliza de crenças para fazer interferências junto aos usuários no seu momento de visita domiciliar. Somente fora do horário de trabalho, incentiva que a pessoa tenha fé e vivencie essa prática para minimizar seus problemas.

As crenças nas manifestações de fé possuem uma dimensão significativa e holística do ser, pois pertencem a um contexto socioeconômico, geralmente, influenciado por familiares ou grupo social e fazem parte de um processo histórico resistente às inovações técnico-científicas. Outro fator agregado às práticas religiosas é o processo de acolhimento que ajuda a pessoa a elaborar a experiência do sofrimento (SIQUEIRA *et al.*, 2006):

Muitas vezes, a gente fala para por Deus em primeiro lugar, “pega com Deus”, às vezes, é de outra religião, mas a gente fala “eu sei que você é de religião diferente, você pega com a sua fé, que eu pego com a minha”, então colocando a fé acima de tudo, né, a gente faz o possível pra resolver os problemas, mas com a fé. (A12)

Desde que respeitando os direitos, vamos supor, tem coisas que podem você falar, igual a família. Digamos assim, um trabalho de Igreja você falou de cultura, não foi? É, eu falo assim porque, às vezes, o agente, ele não pode ter só aquela visão de frente, ele vai ter que vê todo os lados, então, assim, eu utilizo sim, desde que não seja em nenhum horário de trabalho, se as pessoas precisaram de mim e, naquele momento, eu utilizo. (A14)

Os agentes têm seus costumes e crenças, compartilham-nos com os usuários, mas não em detrimento das prescrições biomédicas e, sim, como um complemento que poderá ser utilizado para garantir a melhora do paciente. Silva e Dalmaso (2002) atribuem essa atitude como reflexo do baixo preparo técnico do agente. Acreditamos que haja realmente essa relação de baixa formação técnica e alta influência dos valores culturais arraigados em seu cotidiano. Isso não significa dizer que a sua capacitação, por meio de mais cursos, com conteúdos técnicos aprofundados, levasse o agente a desacreditar em seus costumes, mas, provavelmente, tal preparo intelectual não o levasse a agir com parcialidade, de modo a incentivar os usuários a práticas culturais não comprovadas cientificamente:

A gente ainda continua, né? Porque cê não pode, igual eu te falei, dos costumes do povo, né? Às vezes, tem uma criança com diarreia, aí o pessoal vai na benzedeira. “Tá, então tá, vão na benzedeira, mas vão dar o soro também, né? vão observar se não tá, né, se não tá piorando, vão né.” [...] também acredito. (A1)

[...] eu ensino coisas naturais para mãe estar fazendo para a criança, acho que o trabalho do agente de saúde não está ali só nos livros, só nas fichas,

acho que estar em adquirir conhecimento dos mais velhos e respeitar. Igual, por exemplo, uma criança tá doente, aí, pode ser que eles acreditem mais em benzeção, né, aí, então, a gente ensina o que é bom para o que ele tiver gripado, mas deixa-o fazer a parte dele o que eles acreditam. [...] mais reforça também para ela estar fazendo o que ela tem costume desde que não prejudique. É porque a gente de lugar pequeno tem muito isso. (A10)

Ah! A gente utiliza bastante. Igual, eu acredito em benzeção, eles mesmos acreditam, então, assim, vem e pergunta: “será que não é bom fazer isso? É bom que benza, mas é bom que você continue com o soro”, não deixando de desviar do objetivo daquela coisa, mas a gente utiliza bastante. Informação, que a gente vê na televisão, da vida da gente, mesmo, que a gente vê na televisão, a gente chega no ônibus, a pessoa está passando a informação, a gente procura saber se é realmente verdade e isso utiliza bastante. (A13)

Ao investigarmos se esses conhecimentos populares contribuem para a saúde da comunidade, os achados revelaram uma avaliação positiva do uso dessas práticas, conciliadas ou não, com as terapias medicamentosas e outras prescrições biomédicas:

Contribui porque, às vezes, a gente chega na casa, aí a mãe fala: “ah, eu fiz aquele xaropinho que você me ensinou, nó [...] foi ótimo!” E, às vezes, a gente chega e até vê aquela mãe passando pra outra: “ah, [nome] me ensinou a fazer o xaropinho, faz também”. Às vezes, a criança tá lá resfriada, ” faz que é bom”. Então, assim, a gente vê por isso. Aí sempre eu, às vezes, vou passar. Porque tem gente que não liga, tem gente que leva a sério e aí faz e dá certo, acho que a fé, né. (A6)

Um exemplo, oh, na minha área, eu tenho muitas pessoas, nós estamos tendo um surto de diarreia e vômito e tem uma senhora que ela trabalha muito com, não sei se você conhece, com bálsamo e com azedinha do campo. Ela ensina pra gente, a gente passa pras pessoas e, muitas vezes, elas não precisam nem vir aqui no posto, resolve o problema. Então, assim, são experiências de pessoas mais velhas que são coisas da terra, que você pode plantar, pode ter em casa e resolve o problema. (A9)

O que aconteceu comigo ajudou muito, muito, muito. Ajudou porque foi um problema que aconteceu na família, a família estava em crise e, por eu está envolvida na Igreja, foram lá me procurar e falar que queria conversar comigo depois da missa, e aí o casamento dela estava pra ser destruído. Depois que ela conversou comigo, ela tornou a me procurar e hoje o casamento está indo bem, tranquilo. Hoje está tranquilo, tem até pouco tempo, ela tornou a comentar, o casamento tava até com papel para separar. Então, aí foi uma ação que veio contribuir. (A14)

No estudo sobre as apropriações dos saberes populares de Siqueira *et al.* (2006), observou-se que os usuários acreditam que as práticas não convencionais de cuidados à saúde podem oferecer respostas positivas às enfermidades e sofrimentos e constituem as primeiras condutas adotadas antes da procura pelo médico do serviço de saúde. Além disso, há uma confiança atribuída às práticas de cunho natural como “remédios do mato”, pois, vindos da natureza, são benéficos e

mesmo se não resultam na cura, provavelmente, não causarão nenhum mal (KREUTZ *et al.*, 2006, p. 94).

O hábito da benzeção é muito comum em área rural e contribui, principalmente, para a saúde mental das pessoas, porque elas acreditam no poder patológico de agentes psicológicos:

Eu utilizo, principalmente, com o meu filho, né, mas nunca esquecendo, né, que a gente relaciona um certo tipo de coisa a um objetivo e relaciona simplesmente naquilo, então, tem que ter a mente mais aberta de está vendo o que pode, o que não pode ser o fato de benzeção. Pode ser um caso mais grave, como uma infecção intestinal, então, assim, com a cabeça mais aberta, aí, ajuda a orientar, a ter uma cabeça mais aberta, olhar se aquilo está surtindo efeito, se aquele remédio ou o soro que ele está tomando [...] se está adiantando alguma coisa, porque não adianta nada eu continuar benzendo, se não estiver surtindo efeito. (A13)

O profissional de saúde não deve censurar as práticas culturais que são utilizadas na população para controle e prevenção das doenças, mas faz-se importante saber conciliá-las de forma que não prejudiquem outras terapias necessárias ao cuidado com o paciente. É prudente, ainda, que ocorra o monitoramento dos métodos alternativos empregados para evitar a exposição da pessoa a novas fontes de agentes patogênicos ou de poder agravante do quadro já instalado.

Como vimos, os valores culturais estão arraigados na comunidade e na sabedoria dos agentes. Os hábitos fazem parte do modo de vida de cada um e são compartilhados cotidianamente entre todos. Esse contexto faz parte da identidade construída pelo agente comunitário de saúde. No entanto, os ACS lidam com as questões culturais de forma diferente, pois não ignoram o conhecimento técnico e respeitam a cultura local, conciliando ambos nas suas atividades.

4.7 Identidade social virtual

Este tópico final da discussão diz respeito à atribuição da identidade do agente comunitário de saúde pelos profissionais que atuam diretamente com ele e os habitantes das áreas de atuação do ESF e PACS. Essas atribuições referem-se à identidade virtual, ou seja, àquilo que o outro pensa sobre determinado sujeito, no caso, sobre o ACS. Os informantes dessa faceta da identidade são chamados de sujeitos secundários, sendo pesquisados neste estudo: enfermeiras, médica, auxiliares de enfermagem e usuários do serviço de saúde.

Os atos de atribuição evocados foram analisados mediante categorias de aspectos construídas para agrupá-los, com características semelhantes à utilizada por Brito (2004). Essas categorias referem-se a tais elementos (FIG. 2):

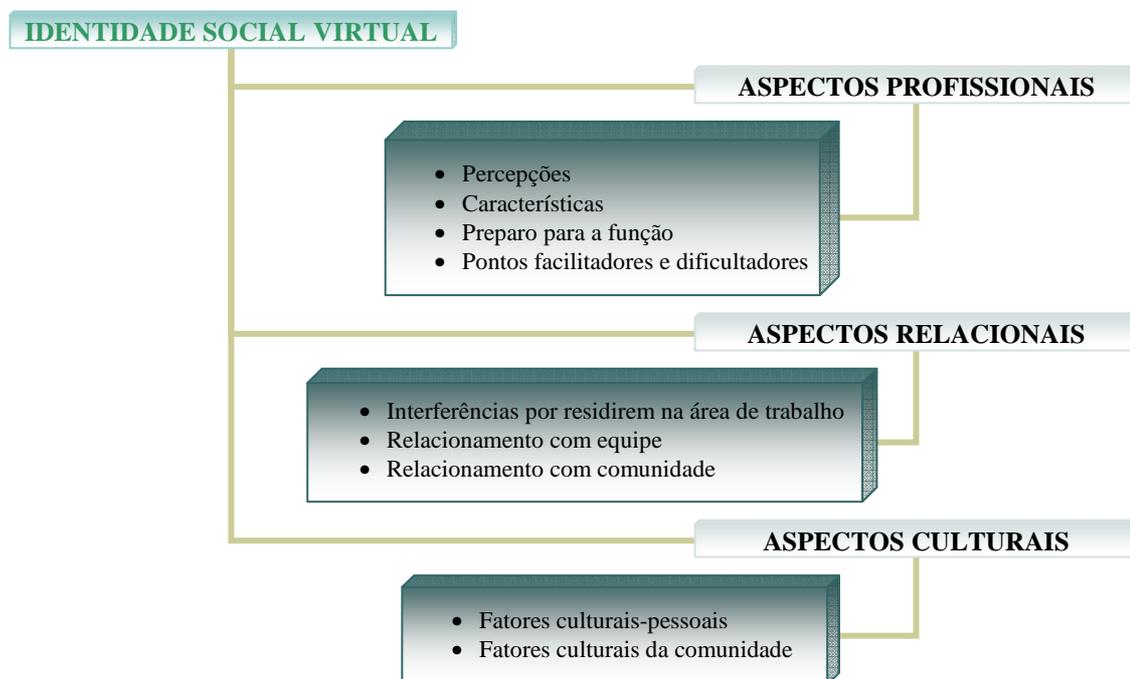


FIGURA 2 - Análise dos atos de atribuição do agente comunitário de saúde
Fonte: Elaborado com base no referencial teórico e empírico.

Além do agrupamento apresentado, os atos de atribuição foram subdivididos em positivos e negativos, conforme aparecimento nos depoimentos. Os primeiros dizem respeito a elementos que valorizam a imagem do agente e os segundos expressam visão que deprecia essa representação. Apresentamos esses atributos em forma esquematizada de quadros para cada categoria de sujeito secundário investigado.

Primeiramente, a análise da visão das enfermeiras que coordenam as equipes de ESF e PACS, nas quais trabalham os sujeitos nucleares (QUADRO 6):

QUADRO 6
Aspectos positivos e negativos da identidade virtual dos
agentes comunitários de saúde de área rural

Atos positivos de atribuição		
Profissionais	Relacionais	Culturais
Chave da estratégia e guias	Residir na área facilita o conhecimento sobre a comunidade	Valores culturais da comunidade são respeitados e conciliados com práticas biomédicas pelo ACS
Ator indispensável	Ponto de referência na comunidade	
Aprendiz da função		Ética
Pontos facilitadores:	Bom relacionamento com enfermeira	
• Inserção na comunidade		
• Boa comunicação	Trabalho em equipe	
• Capacidade de aliar-se a parcerias	A comunidade gosta do ACS e confia nele	
• Histórico de vida		
Atos negativos de atribuição		
Profissionais	Relacionais	Culturais
Pontos dificultadores:	Proximidade com os moradores pode atrapalhar profissionalmente, em caso de atritos	Interferências culturais pessoais
• Baixa escolaridade		Valores culturais arraigados
• Atritos interpessoais		
• Valores culturais arraigados	Relação agente-comunidade provoca indisposição com auxiliares de enfermagem	
• Falta de boa vontade		
• Falta de entrosamento com equipe		
• Preparo fraco		
• Falta de treinamento		
• Distâncias longas		
• Desvalorização		

Fonte: Investigação junto a enfermeiras. Elaborado com base no referencial teórico e empírico.

Nota: ACS - Agente Comunitário de Saúde.

Observamos que a imagem positiva se sobressai em relação à imagem depreciativa. Alguns atributos sobre o determinado aspecto divergem entre os polos positivo e negativo e foram propositalmente enfatizados para demonstrar o sentido e a importância a eles imputada. Essa característica ocorre em mais de uma categoria de sujeito secundário.

Chamamos a atenção para a imagem valorativa dada pelo enfermeiro:

O agente de saúde é a peça chave da Estratégia de Saúde, né? Eu vejo que, sem ele, eu acho que realmente o serviço não anda, a gente não conhece a comunidade porque, a partir do momento que tem a ação do agente de saúde, é que a gente consegue, a gente enxerga a comunidade através dos olhos do agente, né? (E1)

Ah, eu acho que o agente comunitário de saúde é um meio muito importante, né, da gente trabalhar no PSF, é indispensável, porque sem ele não dá pra gente trabalhar. (E2)

Porque, a partir dos dados que eles nos passam, é que a gente percebe, que a gente vê, preciso trabalhar mais com, por exemplo, é gestação na adolescência, ou então, preciso trabalhar mais com hipertenso, com diabéticos, então, eles é como se fosse um guia pra gente também, tanto pra gente quanto para as famílias, né, a partir deles que as famílias sabe como nos procurar, né, o que elas precisam pra está chegando até a gente, então, mais como um guia mesmo. (E3)

A Lei n. 11.350 de 2006 (BRASIL, 2006a, p. 361) coloca, como requisito para o exercício da função de agente comunitário de saúde, “*haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada*”; entretanto, essa exigência ainda não é respeitada no ato de contratação do agente, em muitos municípios do Vale do Jequitinhonha, porque depende de parcerias do governo estadual e universidades públicas para administração e execução do curso. Em Diamantina, ele foi executado no período de agosto a dezembro de 2007. Depois dessa data, novos agentes já foram contratados e não tiveram a oportunidade de passar por tal formação. Esses agentes não fazem parte do grupo estudado.

A preparação para o exercício da atividade de ACS, mesmo após a conclusão do módulo inicial do curso, é considerada insuficiente pelos enfermeiros ou, pelo menos, têm a expectativa de que melhore:

Eu acho que agora com esse curso, né? Técnico, né, dos agentes, que a gente teve o ano passado. Eu acho que agora a gente pode ter uns agentes realmente bem informados. Por que o que a gente via até então? O profissional era jogado ali, até que aqui teve o processo seletivo, né? (E1)

Ainda acho muito precária ainda, né, porque, apesar, né, que a gente teve o curso agora, inicial, mas, até pela modificação do processo seletivo deles, eu acho que a questão da entrevista, do perfil ainda é importante porque a gente vê que agente de saúde, apesar deles terem feito o processo seletivo, terem passado no processo seletivo, terem ido no curso, eles não têm perfil para está trabalhando na saúde pública e estarem trabalhando na comunidade. [...] cada profissão a gente tem que ter um perfil para está exercendo ela, isso é com eles, com a gente, com qualquer profissão você tem que ter um perfil para está trabalhando, mas eu acho muito deficitária ainda a formação deles. (E3)

Quanto a esse preparo dos agentes para a função exercida, Bachilli *et al.* (2008) enfatizam que o processo de capacitação do ACS é fragmentado e insuficiente a fim de construir as habilidades necessárias para o desempenho no trabalho. E defendem uma prática educativa contextualizada na realidade local de cada equipe.

Segundo as enfermeiras, alguns fatores contribuem para o cotidiano das atividades do agente como sua moradia na área de atuação, comunicação eficiente, iniciativa de aliar-se a outras instituições comunitárias, capacidade de liderança e história de vida que envolva cuidados com a saúde:

[...] questão da experiência de vida do agente de saúde, às vezes que já foi mãe, foi pai, isso ajuda muito, ele tem uma visão diferenciada. (E1)

Eu acho que é o grande, grande facilitador é a comunicação. Acho que é o fundamental, o maior de todos. E se o agente, ele não sabe se comunicar, não adianta nada ele ter uma boa formação, não adianta nada ele ter boa vontade, que ele não vai conseguir chegar a lugar nenhum. [...] Porque, com a comunicação, ele vai conseguir perceber os problemas, as soluções, ele vai conseguir transmitir à equipe o quê que ele percebeu, transmitir pra família o quê que tá acontecendo na equipe, né. [...] semana passada mesmo a gente tava com um menininho aqui, de família carentíssima, na família nenhum queria acompanhar ele, pra ele poder ficar internado, estava com pneumonia. A agente conversou com a coordenadora lá da Pastoral e arrumaram uma pessoa pra poder ir ficar com o menino. Então, isso é um exemplo, né, da parceria que eu acho interessante também, que essa agente tem isso como facilitador pra ela. (E2)

Eles já conhecem os casos, já conhecem a família inteira, a mãe, o pai, o tio, os avós, né, Então, eu acho que para eles estarem ali, estarem inseridos na comunidade, então, isso facilita bastante o trabalho deles. (E3)

Pedrosa e Teles (2001) enfatizam que a proximidade com a comunidade torna cada vez mais fácil o relacionamento agente/usuário. A comunidade passa a procurar a ESF e a PACS não apenas quando estão doentes ou necessitando de atendimento médico. Assim, a função dos ACS não se restringe apenas em cuidar da saúde física, mas também mental e, principalmente, na promoção de bem-estar.

Por outro lado, existem fatores que podem dificultar o desempenho do ACS, alguns de caráter mais particular e outros que reforçam seus traços culturais. Essas dificuldades apontadas pouco coincidem com as que os próprios agentes revelaram ao serem indagados:

Eu acho que, às vezes, aquela pessoa que tem problemas com a comunidade, sabe? Eu acho que isso dificulta, porque a comunidade, ela apresenta uma resistência àquele agente, e dificulta até o nosso acesso até aquela pessoa, aquela família. Acho que outra coisa que interfere é a questão do grau de escolaridade. Isso é de extrema importância, interfere demais. É, cultura, né? A gente tem que, né? respeitar a cultura, mas acho que, assim, a cultura tem certas, tem culturas, credences já arraigadas que dificulta, sabe? Até pra ele dar uma orientação que a gente já treinou ele a fazer, ele não acredita naquilo porque vem de uma cultura dele, às vezes, dificulta um pouco, sabe? (E1)

A falta de boa vontade, tá ali simplesmente pra ganhar dinheiro né. Então, acho que isso é dificultador; segundas intenções no emprego. [...] A dificuldade de tá assim se entrosando com a própria equipe. (E2)

A questão da distância, eu acho muito difícil para eles estarem trabalhando, né. Então eles vão, para eles chegarem a uma determinada casa, eles demoram muito, eles não têm ajuda nenhuma com relação a transporte, a gente fica pegando no pé, pegando no pé, mas agente sabe que é difícil para eles também. [...] a questão do treinamento deles é da falta de treinamento, né, adequado, a falta do perfil, eu acho que a desvalorização também, aqui, no município de Diamantina, eu acho que os agentes são os que têm, é assim, recebem menos, né, a gente vê falando de outros municípios que os agentes recebem mais né. (E3)

Nos aspectos relacionais, a questão de residir e atuar no mesmo território coincide com a visão do agente. Assim as enfermeiras consideram que esse aspecto facilita o conhecimento sobre a comunidade e cria uma referência para a mesma. Uma delas, porém, atribuiu um ponto negativo nessa proximidade, ao alegar que o agente fica mais propenso a problemas profissionais se vier a ter atritos interpessoais com os moradores.

Mas ele tá ali, também complica, porque qualquer coisinha que esse agente tem, ele tem que saber muito até como ele se porta ali, porque qualquer coisinha que aconteça ali, qualquer problema que ele tenha com o vizinho, já atrapalha profissionalmente, já o atrapalha profissionalmente. Às vezes, isso eu acho que complica, tá! Porque são os dois lados da mesma moeda. Como é bom que o agente ali que conhece, mas ele tá ali, ele acaba que qualquer atrito que ele tenha ali, que qualquer pessoa pode ter, um atrito com um vizinho, com um conhecido que mora por perto, isso já vai atrapalhar profissionalmente. (E1)

O relacionamento com a equipe, no geral, e com a comunidade é amigável como os próprios agentes julgam. Mas evidenciamos relações de poder mal resolvidas referentes a auxiliares de enfermagem, principalmente as mais antigas no serviço que têm dificuldade de aceitar os agentes talvez pelo carisma com que esses têm sido reconhecidos na comunidade ou porque algumas funções se sobrepõem umas às outras.

A esse respeito Silva e Dalmaso (2002) afirmam que sempre existiu uma disputa, em termos de jurisdição do espaço, do agente com o pessoal de nível médio de enfermagem, mesmo que ele nunca tenha atuado com essa finalidade:

Assim, eles têm um relacionamento muito bom entre eles, talvez com as auxiliares nem tanto, né. As auxiliares, principalmente as mais antigas. É, elas têm uma certa resistência com os agentes né? Eu não sei se é questão assim de ciúmes, de disputa um pouquinho com eles ali apesar de, né, ser completamente diferente, mas as antigas, que já estavam lá antes deles chegarem, têm uma certa resistência com eles, Até a questão das visitas mesmos, elas têm algumas que preferem, às vezes, eu falo assim: "você não vão sozinhas, levem os agentes também, junto com vocês", e às vezes, elas vão sozinhas, ou, então, eu não vejo que tem tanta comunicação não, em alguns lugares, em outros já é mais fácil, né. (E3)

As enfermeiras relataram que o agente é uma pessoa de referência para a comunidade, de quem os usuários gostam e em quem confiam:

Então, aquele agente que é comunicativo, que se abre, que gosta de tá participando da vida dos outros, que mostra pros outros que aquela família é importante pra ele, que é importante pro serviço, que ele gosta de estar ali. A família aprende a gostar dele e a confiar nele. (E2)

Nos aspectos culturais, percebemos que os valores e costumes das pessoas são respeitados, mas há também um incentivo na manutenção de alguns hábitos por parte do agente que não são adequados e que fazem parte de suas crenças pessoais e são constantemente transmitidos à população que acompanha:

O próprio agente tem os seus aspectos culturais, ele não abre mão disso na hora de fazer visita. Tem umas agentes minha que, com muito tempo que a gente vai trabalhando, vai tentando mudar, mas elas próprias: “tem que por uma faixinha naquele umbigo, você não acha não, [nome]. “Você não acha que tem que começar a dar um leite para aquele menino, que ainda não chegou nos seis meses, não? Mas eu acho que ele não tá crescendo, será que não dava pra dar um leite de vaca ou alguma coisa?”. Ou, então; “tá com pressão alta, dá um chazinho”, tipo assim: “eu fui lá na casa de fulana, ela tava com a pressão alta três dias, eu falei pra dá um tipo de rama lá”. Então, ele tem essa percepção cultural dele, que ele não abre mão, até sem sentir, ele faz. E também ele respeita a percepção cultural das pessoas. Eu já vi nas visitas, às vezes, a gente vai nas casas, as pessoas têm aquela questão da benzeção, eles respeitam, ficam caladinhos, se é contra, se é a favor. É, a questão da religiosidade, eu tenho um, dois, três agentes que não são católicos, são de outras religiões, visitam normalmente, respeitam que tem um santo pregado na parede daquela casa, uma Santa Ceia, né, que toda casa do Vale do Jequitinhonha tem que ter, o quadro de Santa Ceia, eles respeitam, acham normal, não fazem visto diferencial pra família ser melhor ou pior não. (E2)

Siqueira *et al.* (2006) defendem que o saber científico deve ser incorporado ao saber popular, pois este ultrapassa várias gerações e faz parte da população, sendo pouco passível de mudança. O respeito a essas práticas é a maneira ideal de convívio saudável e o estabelecimento de formas adequadas de cuidados.

Com referência à análise da ótica médica da ESF estudada, observa-se o seguinte panorama (QUADRO 7):

QUADRO 7
Aspectos positivos e negativos da identidade virtual dos
agentes comunitários de saúde de área rural

Atos positivos de atribuição		
Profissionais	Relacionais	Culturais
Demanda da unidade diminui com o serviço do agente	Inserção na comunidade gera confiança	Conciliação de hábitos culturais e práticas biomédicas
“Babás da população”	Relação com o profissional médico é de interação e busca de conhecimentos	
Papel educativo	Papel de liderança do enfermeiro	
Pontos facilitadores: <ul style="list-style-type: none"> • Inserção na comunidade • Experiência no serviço 	A população desenvolve dependência do ACS	
Atos negativos de atribuição		
Profissionais	Relacionais	Culturais
Preparo fraco		“Famílias fechadas”
Pontos dificultadores: <ul style="list-style-type: none"> • Extensão da área de atuação • Falta de capacitação • Resistência da população 		

Fonte: Investigação junto a uma médica. Elaborado com base no referencial teórico e empírico.

Nota: ACS - Agente Comunitário de Saúde.

A visão da médica não é muito divergente da apresentada pelas enfermeiras. Consideramos que, no aspecto relacional, pelo fato de as enfermeiras possuírem um contato mais intenso e freqüente com os agentes, tenham apontado maior número e tipo de atos de atribuição.

Foi registrada uma visão também positiva sobre o trabalho desenvolvido pelo agente, o que revelou um cuidado de responsabilidade pela comunidade, inclusive diferenciado do que ocorre em áreas urbanas, principalmente, em região metropolitana:

Na verdade, eu trabalhei um ano em PSF, em Rio Preto, a gente percebe que a base do sistema de saúde é o agente comunitário, onde os agentes trabalham bem, você vê que a demanda no posto de saúde é muito menor. A população é muito mais esclarecida, sabe como é que faz as coisas, o agente no interior ele tem uma função meio que de babá da população, sabe? Eles que orientam como que faz o exame, eles que pegam o exame, eles que entregam o exame, coisa que em Belo Horizonte raramente você veria, mas, aqui na Zona Rural, ele tem essa função extra porque eles que coordenam assim, quem está fazendo, quem está acompanhando, quem

recebeu alta, eles vão visitar e sabem como é que está a situação e é muito mais fácil aqui no interior que a gente tem mais, eles têm mais contato com a população do que em uma cidade maior. (M1)

Um ponto facilitador, diferente dos citados pelas enfermeiras, no aspecto profissional, refere-se ao tempo de serviço do agente com relação à aceitação e confiança do usuário:

Acho que, quando eles são da própria comunidade, a aceitação é maior porque eles vêm neles não um agente, eles vêm um representante na área da saúde, alguém que represente eles, sabe. E você vê pessoas que facilita muito, é quando têm muito tempo de serviço porque as pessoas já vêm nele uma referência. Os agentes novos até ganhar a confiança das pessoas da população demoram, e esses que estão aí há mais tempo no serviço, a população já vê a referência neles, porque o agente falou e eles brigam com aquilo que ele disse pelas informações que ele deu e assim. É uma questão de experiência pela confiança no usuário, no trabalho que ele está desenvolvendo, se são bons agentes, a população confia inteiramente. (M1)

A médica considera insuficiente o preparo técnico do agente, devido não saber diferenciar casos de queixas simples do usuário que demandam apenas orientação básica de cuidados de casos de urgência:

A formação é fraca. [...] Você vê que eles assustam, assim, acho que eles não têm que fazer triagem dos pacientes, mas, assim, eles têm vez que eles se assustam com pequenas queixas, você vê que é falta de informação mesmo, básica sabe? De ver critério de gravidade porque tem paciente grave que eles não atentam. (M1)

A extensão da área pela qual o agente se responsabiliza é grande, não pelo número de pessoas, mas pela distância territorial, uma vez que as casas, na zona rural, não ficam todas aglomeradas, existem sítios e povoados espalhados com densidade demográfica pequena. Ademais, o grau de aceitação das famílias ao trabalho ainda não é pleno, conforme os próprios agentes evocaram; há ainda pessoas que não os recebem bem durante as visitas e não lhes dão credibilidade:

A aceitação da população de que eles são importantes, porque nem todo mundo aceita como um agente, uma pessoa mais humilde faça esse trabalho de triagem, não aceita que seja ele que fale que não, que pode ficar tranqüilo, tem gente que não aceita. E isso dificulta bem o trabalho deles. (M1)

Na opinião da médica, seu convívio com o ACS e com o restante da equipe é satisfatório. Destacamos que há uma busca de aprendizagem do agente junto à pessoa do médico e um significativo respeito deste pelo enfermeiro até mesmo pela posição de coordenador que ele ocupa na equipe. Enquanto que a percepção sobre

o relacionamento do agente com a comunidade aponta para a característica de dependência do usuário, aquele é a pessoa que escuta e agiliza todas as medidas para resolução dos problemas:

Há uma dependência, eles vêm nele quem vai resolver aquilo, entendeu? Não pode ficar sem. Então, eles realmente já mostram que precisam do agente, o agente tem a função dele e que sem ele a coisa não anda, e não anda mesmo, pra quem eles vão falar que estão passando mal, pra quem eles vão reclamar, pra quem que eles vão olhar se aquela consulta saiu, sabe? (M1)

Os elementos culturais informados pela médica revelam que, por mais que o agente e usuário acreditem e façam uso de hábitos da cultura popular referentes a cuidados com a saúde, se o resultado não foi satisfatório, procuram ajuda médica. Há uma dificuldade em mudar os hábitos das pessoas, especialmente as que vivem em cidades do interior e que cultivam costumes antigos:

Tem famílias que são completamente fechadas, que não querem que ninguém de fora se aproxime e nem saiba, são portas fechadas mesmo! [...] E é difícil mudar hábitos culturais, é difícil dizer para as pessoas para usarem filtro, é difícil dizer para arrumarem a casa, porque também faz parte, sabe, varrer e não parecer intrometido e isso bate de frente com o que a pessoa está acostumada no dia a dia dela, e alguém chegar e falar você não pode fazer mais desse jeito, o ideal não é tomar a água da torneira, você tem que tomar a água filtrada, não queima seu lixo, assim, a saúde tenta mudar os hábitos, né, mas tem que respeitar as individualidades, né. (M1)

No grupo dos auxiliares de enfermagem, há uma aproximação maior da identidade real afirmada pelos agentes comunitários de saúde, principalmente nos aspectos relacionais, justificada pelo convívio mais próximo e maior equilíbrio nas relações de poder dentro da equipe.

No QUADRO 8, apresentamos os atos de atribuição de cada aspecto analisado:

QUADRO 8
Aspectos positivos e negativos da identidade virtual dos
agentes comunitários de saúde de área rural

Atos positivos de atribuição		
Profissionais	Relacionais	Culturais
Articulador na resolução de problemas	Relação de amizade com a equipe	As crenças e costumes pessoais não influenciam o trabalho do ACS
Vínculo direto	Trabalho em equipe	
Papel importante e ajuda fundamental	Relação de amizade com a comunidade	
Informante da equipe	Residir na área de trabalho facilita o relacionamento	
Pontos facilitadores:		
<ul style="list-style-type: none"> • Suporte da enfermeira • Aceitação da comunidade • Espontaneidade, interesse e disponibilidade • Visita junto ao auxiliar de enfermagem 		
Atos negativos de atribuição		
Profissionais	Relacionais	Culturais
Despreparo para função	Residir e trabalhar na mesma área não estimula interesse em conhecer profundamente as pessoas	Fatores culturais da comunidade interferem nas práticas e na aceitação das orientações
Grau de comprometimento diferenciado entre os agentes	“o povo é complicado, sempre reclama”	
Pontos dificultadores:		
<ul style="list-style-type: none"> • Longas distâncias e falta de transporte gratuito para os ACS • Resistência de algumas famílias • Desconhecimento da comunidade sobre o papel do agente e do PSF e PACS • Sobrecarga do serviço da enfermeira • Falta de médico e recursos materiais • Salário baixo 		

Fonte: Investigação junto aos auxiliares de enfermagem. Elaborado com base no referencial teórico e empírico.

Nota: ACS - Agente Comunitário de Saúde; PSF - Programa de Saúde da Família; PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

O auxiliar de enfermagem considera o agente como um ator importante na Estratégia de Saúde da Família que promove resolução de vários problemas de saúde por meio do elo direto com a comunidade. Contribui, também, como articulador do trabalho em equipe:

Eu acho um papel muito importante, para a comunidade, de estar entrando nas casas, de trazendo pra gente aqui, pra mim, no caso, os problemas da família, necessidade de consulta, de estar olhando o cartão de vacina, eu acho muito importante o papel do agente de saúde. [...] Assim, é de uma ajuda fundamental o trabalho do agente pra saúde. (AE3)

Na visão dos auxiliares, é necessária uma formação técnica maior para a categoria dos ACS que promova, inclusive, sensibilização e compromisso, pois, segundo essa opinião, há agentes que não são comprometidos com o serviço e, por esse motivo, passam uma imagem negativa.

Outro aspecto relevante, na fala desses sujeitos secundários, são os pontos facilitadores e dificultadores no dia-a-dia dos agentes. Compreendem, por um lado, a figura de apoio da enfermeira no desempenho adequado da função, o comportamento da comunidade, a postura do ACS e a parceria dos auxiliares. No que diz respeito aos pontos dificultadores, reforçam a identidade real verificada anteriormente, identificando longas distâncias a serem percorridas, a não-aceitação das orientações por algumas famílias, a dificuldade da enfermeira em dedicar maior tempo a cada agente, a falta de médico e materiais e a baixa remuneração. Citamos depoimentos que ilustram alguns pontos descritos:

[...] a única coisa que facilita o trabalho deles é que as enfermeiras atuais, que estão em PSF, tem compromisso mesmo com o PSF. Então, eles têm todo o apoio mesmo das enfermeiras para poder trabalhar. (AE1)

A própria comunidade dificulta, porque, às vezes, a gente trabalha com pacientes que não têm uma certa aceitação ainda do funcionamento do PSF ou do PACS. [...] Então, acho que precisaria mais de uma até mesmo de uma propaganda da própria secretaria de saúde para colocar quais são as atribuições de um agente de saúde e do PSF, né? Isso aí acho que dificulta, falta de transporte dificulta demais. É, a falta de profissional médico e de materiais dificulta o trabalho do agente de saúde. As enfermeiras também porque elas são sobrecarregadas com o serviço extraposto. Igual eu vejo no caso de [nome] toma conta de três, quatro regiões, então, às vezes, não dá pra poder dar aquela atenção prioritária pra certo caso porque você tem outro caso mais urgente para poder resolver. Então, acho [...] o mais grave é o salário deles que é baixíssimo, acho que deveria dar uma melhorada. (AE1)

Existem aqueles agentes de saúde muito comprometidos com a comunidade, aqueles que vestem mesmo a camisa do PACS, mas agora tem aqueles que já fazem o serviço porque têm que fazer. [...] Então, acho que é assim, como existem bons profissionais e maus profissionais em toda

área, mesma coisa com a área de agente de saúde. [...] Que, na visão de todo mundo, existe os de compromisso e os sem compromisso, que ta ali só pra cumprir horário e esperar o fim do mês. (AE1)

Então, a aceitação da comunidade, da família, a boa vontade dos próprios agentes, né, a maneira deles agir com a população, na comunidade, a espontaneidade, o interesse do agente, né, a disponibilidade do tempo, de tudo, a atenção também com o próximo, com a comunidade, com a família, o que mais? E nós, como auxiliares, tentamos ajudar da maneira melhor possível. Quando eles chamam, olha tem uma pessoa ali acamado, vamos lá, aferir a PA [pressão arterial], a gente vai junto. Acho que isso tudo ajuda no trabalho deles. (AE3)

Também é destacado o nível de envolvimento e respeito ao companheiro de equipe e população no trabalho, essa variável do relacionamento é apontada por outros sujeitos secundários.

Um aspecto negativo que correspondeu à inserção do agente na comunidade, está relacionado à falta de interesse em aprofundar os conhecimentos sobre as famílias, uma vez que são de seu convívio diário:

Eu acho que não funciona, acho que não deveria ser assim. Acho que o agente de saúde deveria até ser de outra área, porque ele, sendo de outra área, acho que gostaria de conhecer, teria mais comprometimento de poder estar vendo os casos das pessoas. Porque, talvez, como citar “ah, eu sou seu vizinho, você é meu vizinho”, então, talvez eu nem dou muita importância para o seu caso porque eu já te conheço, mas, a partir do momento que eu não sou, não trabalho na sua região, não te conheço, acho que eu vou ter mais interesse em resolver os seus problemas. Então, eu acho que isso daí não é critério, não é critério para poder trabalhar. Acho que comprometimento com saúde, independentemente de área que você trabalha. (AE1)

Também é apontada a dificuldade em agradar à população, pois sempre há algo de que as pessoas reclamam, seja referente ao agente ou às ESF/PACS.

No quesito aspectos culturais, os auxiliares de enfermagem não identificaram fatores pessoais que intervissem na função do ACS. As crenças da comunidade podem, no entanto, prejudicar na aceitação das orientações repassadas pela equipe.

Os usuários do serviço de saúde constituíram um grupo relevante na apreensão da identidade virtual do agente comunitário de saúde. Os atos de atribuição desses sujeitos estão sintetizados no QUADRO 9. Eles representaram os sujeitos que menos opinaram na pesquisa; apresentaram depoimentos curtos ou não mencionaram algumas percepções sob a justificativa de não saberem informar.

QUADRO 9
Aspectos positivos e negativos da identidade virtual dos
agentes comunitários de saúde de área rural

Atos positivos de atribuição		
Profissionais	Relacionais	Culturais
“Atendem bem, marcam consultas” “É o porta-voz” Perfil adequado Preparo suficiente para o grau de escolaridade Pontos facilitadores: <ul style="list-style-type: none"> • Competência • Acompanhamento sem discriminação • Boa comunicação 	Inserção na comunidade: <ul style="list-style-type: none"> • Favorece confiança • Acesso facilitado • Conhece a realidade local • Maior aceitação da comunidade Bom relacionamento com usuário e equipe Boa relação com a comunidade, sendo elogiado	Não censuram os costumes populares, mas pedem para conciliar terapias biomédicas
Atos negativos de atribuição		
Profissionais	Relacionais	Culturais
Desconhecimento dos usuários sobre o papel do agente Competência limitada Necessidade de profissionalização Pontos dificultadores: <ul style="list-style-type: none"> • Pouco contato com o enfermeiro • Resistência de algumas famílias • Falta de médico na equipe • Extensão longa da área de cobertura 	Inserção na comunidade: <ul style="list-style-type: none"> • Favorece privilégio a amigos • Sofre pressão dos amigos que necessitam dos serviços de saúde Comunidade reclama quando não consegue resposta imediata para suas necessidades	Presença de fatores culturais que prevalecem sobre os científicos

Fonte: Investigação junto aos usuários do serviço de saúde. Elaborado com base no referencial teórico e empírico.

No grupo dos usuários, também, observamos um predomínio dos aspectos profissionais sobre os demais. Na maioria das opiniões, o agente foi exaltado como um elemento importante da saúde que veio agregar forças ao sistema. Ilustram, aqui, alguns depoimentos que demonstram percepções positivas sobre o agente:

[nome] é gente boa, ela dá um atendimento bom pra gente, toda vez que a gente procura ela, ela marca ficha pra gente. É, eu peço ela pra pegar receita pra mim, ela pega, porque eu tomo controle, tomo três tipos de controle de remédio. Ela é gente boa. (U5)

Eu vejo o trabalho deles como um porta-voz, eu os vejo como um porta-voz, porque tudo que acontece lá, eles sabem informações novas, eles trazem pra gente, eu os vejo como um porta-voz e é muito importante para a família. [...] É por trazer as informações de lá para cá e levando as necessidades daqui para trazer melhoria. (U7)

Que ele é uma pessoa popular, né, o pessoal tá sempre conversando, sempre dialogando, não desfaz de ninguém, eu acho que ele está na profissão certa, porque ele encaixou certinho, ele é uma pessoa que trata todo mundo por igual, criança, velhinho, senhora, ele não, o jeito dele é aquele jeitinho mesmo, não muda não força barra não! É isso que eu vejo dele, eu acho que ele, principalmente ele, está na profissão certa, e é a visão que a gente tem do agente comunitário é essa, né. Você está querendo ajudar as pessoas no sentido de saúde, né, melhorar a qualidade de vida, fazer trabalhos preventivos, né, porque muita gente acha que saúde é só, não tem remédio! Não tem isso! Não tem aquilo! (U9)

Assim, eu acho o preparo deles é bom, porque não tem outra solução, assim, de explicar mais. A não ser que eles estudassem mais, né, bom. (U10)

Em relação às facilidades encontradas pelo ACS, no cotidiano do serviço, as pessoas da comunidade reafirmaram competência e boa comunicação e evocaram a ausência de discriminação como elementos que auxiliam no contato com as famílias e na obtenção de resultados satisfatórios:

[...] elas são pessoas competentes, que têm condições. É essa a resposta? Que tem, eu acho que elas têm tudo pra levar seu trabalho, pra seguir sua profissão aqui, você entendeu? Então, eu acho assim que o trabalho delas são perfeitos, eu não tenho nada que reclamar. (U3)

Agora positivo que eu acho disso tudo é que eles não fazem distinção de pessoas; é branco, é preto, é amarelo, é sujo, é limpo, é rico, é pobre, é um bêbado, eles vão, dão assistência. Então, eu acho muito positivo porque eu olho muito o lado humano, eu sou muito humana e olho muito esse lado humano. Eu acredito assim, quando você visualiza e não separa ninguém, tem uma perspectiva de vida muito boa e eu vejo isso neles. A fala, a fala deles, porque eles são muito desvoltos, muito espontâneos. Eu acho que nada atrapalha o trabalho deles, eles são muito desenvolvidos, são muito capazes, eu vejo isso tudo neles [risos]. Mas também, assim, têm uma formação boa quando eles fazem os cursos deles, porque os cursos são bons, porque se não fosse também não daria resultados. (U7)

Os próprios usuários fazem referência ao desconhecimento sobre a função do agente dentro da comunidade que impede ou dificulta o trabalho. Ao mesmo tempo, alguns informam considerar uma limitação nas atribuições do ofício do agente e que deveria haver uma profissionalização para a função:

O trabalho dele, mesmo, eu não conheço. Assim, nós estamos tendo agente de saúde [fulana é, né?], nós estamos tendo agora. Este ano que veio uma agente de saúde pra nós. Ela vem todo mês, mas eu acho, assim, que aconteceu um caso aqui de uma morte. Coitada! Ela veio na verdade depressa, olhar, socorrer, mas ela não teve condições. Ela não é, uma agente de saúde [...] ela não tem o aparelho de pressão em mãos. (U1)

Esses agentes podem está com toda essa vontade de entrarem para esse caminho, agora, deveriam ter um suporte maior, né, na área de saúde, não sei, um estudo maior, ou, então, a profissionalização, melhor o incentivo, né, para dar condições para tá desempenhando essa função que estão desempenhando hoje, seria o mínimo, dentro da área, também estudando mais, né, eu penso assim. (U9)

O agente que acompanha pequenas localidades rurais e afastadas tem menor contato com o restante da equipe quando reside nesses locais. Outro ponto apontado como dificultador é a falta do médico, muitas vezes cobrada pelos moradores. Para eles, a assistência fica incompleta na ausência do médico. A figura desse profissional é muito valorizada porque ele é quem realiza o diagnóstico e terapia. Romano (2008, p. 14), ao estudar a identidade do médico da família, salienta que a ESF é uma proposta de clínica ampliada que deve corresponder a uma dimensão das atividades médicas maior que a popularmente atribuída, sendo que “o médico de família deve saber manejar as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que afetam desde a criança até o idoso, sem perder a visão ampla da comunidade em que está inserido”. Os demais pontos dificultadores são semelhantes aos já comentados por outros profissionais:

Dificulta é isso. Que ele, coitado, fica aí, né? E enfermeira chefe fica lá, não reside aqui. A enfermeira que tem aqui, a [nome] [...]. A enfermeira fica no posto. Ali, acabou o serviço dela, ela ta na casa dela, né? E a agente de saúde, ela pode saber de alguma coisa, passar pra chefe dela lá em Diamantina, né? Até que resolve, né? Dificulta, né? E também porque não tem médico, né, sem médico, né, se tivesse médico era melhor. (U10)

As possíveis interferências no trabalho, decorrentes do fato de o agente residir na comunidade, dividem opiniões. Para alguns, reforça a identidade real confirmando maior possibilidade de conhecimento da área de atuação e da vida particular de cada morador, além de facilitar o contato e a aceitação das famílias ao propósito do ESF e PACS. Há, entretanto, aqueles que apontam os possíveis desvios dessas oportunidades referentes a privilégios concedidos a amigos e pessoas mais próximas dos ACS:

[...] porque, devido ela morar aqui, ser amigo das pessoas, eles [usuários] acham que, porque é do lugar, eles acham que são obrigados a fazer tudo por eles. E não são, né. Então, eles acham assim: “ah porque ela é minha amiga, é amiga do meu pai, da minha mãe, ela tem, eu vou procurar, ela tem que fazer”. (U3)

Bom, né! Eu acho bom porque se você precisar, você pode mandar o recado, eles vêm até a sua casa, né, se precisar de um médico, eles entram em contato, então, fica mais fácil, eles estando morando aqui. (U7)

[...] pelo fato, também, da pessoa já morar aqui, eles, às vezes, têm mais interesses com certas pessoas, que ela tem afinidade maior com certo tipo de pessoa, entendeu? Que ele poderia, no caso, e, às vezes, não ser tão imparcial como uma pessoa que não fosse daqui seria, entendeu? Uma pessoa com mais imparcialidade, uma pessoa de fora, uma pessoa, sendo de fora da comunidade, ela trataria, é uma pessoa, não trataria uma pessoa de uma forma e outra de outra, aí, é todos do mesmo jeito, né. Poderia ser um aspecto positivo se fosse uma pessoa de fora. (U9)

Tanto o relacionamento do agente com a equipe de saúde quanto com a comunidade são vistos como bons, sendo até elogiado. Mas, mesmo estando satisfeitos com a abordagem familiar proposta pela estratégia da Saúde da Família, é comum as pessoas reclamarem que o atendimento às necessidades não é imediato, conforme salientaram os próprios agentes:

[...] igual eu tô te falando que existe caso que acontece que as pessoas não agrada das agente por causa desse problema que dá da saúde, né. Que acontece de na hora elas não ter uma ficha, não ter como ela se encaixar na, na, na coisa, na ficha delas, aí acaba que as pessoas vai pra outro lugar, né, caçar recurso em outro lugar e aí culpa elas. E assim aqui, no meu caso aqui, nessa coisa aqui, agora, em outros pra lá, eu não sei, pode que tem culpa delas ou não, na minha área. (U2)

Parece que é bom, né, parece que eles combinam. A gente sempre os vê passando na rua juntos, né! É. Eu vejo assim, sempre ele vem, né, a outra agente faz o outro lado, ele faz esse lado aqui; parece que eles se dão bem, né, com a enfermeira também. [...] Olha, com quem eu converso, eles elogiam, falam que “nossa, melhorou muito com o trabalho deles!” Porque não tinha. Então, agora melhorou muito, assim, com os dois, né, porque os dois vão nas portas perguntam, né, então, muitas mães já comentaram comigo que, “nó, mudou muito!” A minha mãe mesmo, que já é de idade fala que, quando eles vêm aqui, é bom! (U8)

Os aspectos culturais, na ótica das pessoas que residem nas áreas pesquisadas, aparecem timidamente, mas revelam que os agentes não intervêm nessa questão. Não solicitam a ruptura ou descrédito das práticas populares e, sim, a conciliação com as prescrições biomédicas, o que, para a comunidade, é um ponto positivo, pois respeita o sujeito. Por outro lado, alguns valores cultivados pela comunidade têm prevalecido sobre os científicos prejudicando o autocuidado:

É igual quando eles vêm, eles falam “a benzeção é bom, mais tem que ter o remédio, né!” Então, não adianta você benzer e não tomar o remédio, é a mesma coisa de você fazer uma oração e largar os remédios sem tomar! Então, eles falam, incentivam, né, que benzer é bom! (U8)

É benzedeira, é uma erva, é um chá disso, é um chá daquilo, e a pessoa vai mais pro lado da fé, do milagre, do que pelo lado científico. Eles acreditam muito mais, nesse aspecto aí, muita gente. A grande maioria influencia nisso, e influencia, às vezes, até as pessoas que estão estudando, as pessoas que já têm uma visão, as pessoas, por exemplo; eu tenho ex-alunos que eu vejo que eles se formaram, fizeram o segundo grau e, ao invés deles estarem procurando evoluir, aquela coisa toda, começa a ter

uma visão de novo regredida, né. É, começa a falar igual esse povo antigo mesmo, falava tudo certo e começa a falar tudo errado de novo. “Ah! Você está com uma dor aqui, isso deve ser espinhela caída! Ah! Isso é mau-olhado! Passei na frente da casa de fulano e estou numa abertura de boca que eu acho que estou com mau-olhado”. (U9)

Conhecer o ponto de vista dos sujeitos secundários permite-nos configurar a identidade social do agente comunitário de saúde. Salienta-se que aspectos que convergem entre os sujeitos secundários, ou mesmo destes com os sujeitos nucleares, reforçam a identidade do agente comunitário de saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Uma geração constrói uma estrada por onde outra
geração trafega.*

Eleanor Roosevelt



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo, embora não permitam generalizações, por se tratar de uma realidade específica, contribuíram para a compreensão da identidade do agente comunitário de saúde de áreas rurais. Partiu-se do pressuposto de que há uma forte ligação dos valores e cultura do agente com a comunidade onde reside e trabalha. Somados a essa realidade, estão os conhecimentos biomédicos adquiridos na prática cotidiana, suas trajetórias de vida e a atuação em uma função ainda pouco conhecida e valorizada.

Diante das evocações dos agentes e dos sujeitos que constituem o seu universo de trabalho, traçou-se uma perspectiva analítica que adota a identidade como uma constante construção permeada pelo processo de socialização. Assim, a configuração identitária foi entendida como o resultado do processo da autopercepção do agente e da visão que o outro tem sobre este. A primeira parte é tida como a identidade social real e a outra como identidade social virtual, expressas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médica e usuários do serviço de saúde que convivem diretamente com esses agentes.

Neste estudo, houve predomínio de agentes comunitários de saúde do sexo feminino, com idade entre 21 e 29 anos, solteiros. O tempo de experiência no trabalho é variado, a remuneração é baixa e sem acréscimo de ajuda de custo para deslocamentos necessários. Percebemos uma diferença salarial elevada entre o profissional médico e demais componentes da equipe.

Os sujeitos nucleares do estudo transmitiram dois tipos distintos de sentimentos durante a entrevista os quais foram classificados como de apreensão e de autoconfiança. Já os depoimentos apresentados pelos usuários podem apresentar vieses justificados pela dificuldade de compreensão sobre o objeto da pesquisa e a quantidade significativa de respostas, por isso podem ter alegado não terem reclamações sobre o agente comunitário de saúde o que suscitou pressuposição de que houve um receio de interferência da pesquisa no serviço de saúde.

O cotidiano do agente é constituído de práticas educativas direcionadas para os cuidados preventivos específicos ou gerais e aquelas de promoção da saúde que

melhoram a qualidade de vida, tendo como principal foco a família e como instrumento a visita domiciliar. Durante essas ações, busca fazer adaptações necessárias a cada situação encontrada e concilia experiências pessoais ou estímulo de práticas alternativas do hábito cultural. Quanto ao conhecimento que possui, para desempenho das atividades, revela ser limitado.

O dia-a-dia do agente comunitário de saúde possui aspectos facilitadores e dificultadores de alcance das metas do trabalho. O trabalho em equipe com suporte da supervisão e presença do médico, o fato de residir na área de atuação, a aceitação da comunidade ao trabalho executado, a boa comunicação, a satisfação com o emprego e as parcerias adotadas têm contribuído com o desempenho da função. Por outro lado, verificaram-se relatos de desinformação da população quanto às estratégias de Atenção Básica, resistência às orientações de cuidado à saúde transmitidas, problemas de relacionamento interpessoal, longas distâncias e falta de transporte para realizar as visitas domiciliares, de recursos materiais e humanos na equipe e inexperiência e despreparo para o cargo ocupado como os principais pontos dificultadores do serviço.

Na visão dos ACS, o trabalho promove mudanças em sua vida. Identificaram-se implicações que foram categorizadas no plano pessoal e profissional. O plano pessoal relaciona-se com mudanças no comportamento, no hábito de vida e nos cuidados com a saúde e família, além dos laços de amizade e respeito construídos na comunidade e introjeção de problemas dos usuários. Já o plano profissional apontou oportunidade de inserção no mercado de trabalho, status profissional, aprendizado e reforço da identidade profissional.

A identidade social real do agente foi apreendida por meio da análise dos traços identitários: identidade biográfica e relacional. Nos traços identitários, constatou-se que a maneira como o agente se apresenta mostra ser ele um sujeito inibido, entretanto, ele revelou questões pessoais relativas à vida privada, estado civil, estrutura familiar, breve histórico de vida e projetos futuros. Esses atores tiveram um início precoce no mercado de trabalho e alguns desejam fazer um curso de graduação, mas suas condições sociais desfavoráveis impedem-nos, até o momento, de realizar seus sonhos.

Os agentes se descrevem como satisfeitos com a função que exercem e com sentimento de gratificação por atuarem nessa área. O contato humano, durante o trabalho, concretiza laços de amizade, respeito às diferenças e reconhecimento dos

limites pessoais, capazes de garantir o fortalecimento das responsabilidades assumidas em auxiliar o outro. Há uma ligação do sentimento de satisfação com a percepção de terem contribuído para a promoção da saúde das pessoas. Se o resultado de suas ações não atingir as metas planejadas, o nível de realização é menor. Essa colocação demonstra o quanto os agentes se envolvem com os problemas e o desejo de solucioná-los.

A saúde não é vista de forma fragmentada pelo agente, ele considera, em suas abordagens, a importância de seu bem-estar físico, mental e social para contribuir com a qualidade da assistência na Atenção Básica. Embora a maioria faça referência ao fato de sentir felicidade e prestígio com o trabalho desenvolvido, há relatos também de impotência devido às limitações que os impedem de resolver problemas dos usuários da comunidade. Os agentes parecem se preocupar bastante com as questões sociais e têm consciência de que seu trabalho favorece, de alguma forma, a saúde das pessoas.

A identidade biográfica revelou auto-imagem positiva do agente, na qual ele se vê como importante ator social. No que diz respeito à identidade relacional para si, identificou-se, junto aos agentes pesquisados, sua percepção a respeito do relacionamento com os demais membros da equipe de saúde e os usuários do serviço de suas áreas de atuação. O relacionamento com os colegas da equipe foi quase que unanimemente expresso como bom ou ótimo. Por outro lado, o relacionamento com a comunidade, na percepção do agente, revela que os usuários são imediatistas, gostam de ter suas necessidades resolvidas com agilidade e ficam insatisfeitos com os agentes quando isso não é possível. No processo do relacionamento com as famílias, outro fator de interferência é o convívio prévio destas com o agente, se há qualquer indisposição ou agravante anterior, o ACS pode ter dificuldade na aceitação a seu acompanhamento.

Exceto essas particularidades, o envolvimento do agente com as famílias é tido como bom, ele é capaz, inclusive, de gerar fortes vínculos, promover escuta e acolhimento. Tanto é que considera o fato de residir na área em que trabalha como importante facilitador das ações. Relata conhecer a população e sua cultura e, por isso, ganha credibilidade de modo mais rápido. Além disso, conhece as necessidades do local e tem anseios semelhantes aos do povo.

A identidade social real dos ACS também foi obtida por meio da análise da interferência dos fatores culturais envolvidos em sua prática. Os conhecimentos e

experiências de vida dos agentes influenciam em seu trabalho porque fazem parte de seu universo cultural e, conseqüentemente, da comunidade, às quais repassam de maneira conciliada com os conhecimentos científicos. Utilizam-se dessa sabedoria para auxiliar, em alguns casos identificados, ou emitir conselhos embasados em experiências mal-sucedidas, vividas pelo próprio agente. Quando a indicação envolve medidas populares de cuidados à saúde, como uso de chás e benzeções, o agente procura dissociar sua crença da prática do trabalho, considerando como conhecimento pessoal e pede às pessoas para não abandonarem as prescrições biomédicas, mas, sim, concilia-las com as crenças.

Essa prática de respeito às crenças locais e mesmo indicação de costumes, não convencionais de cuidado à saúde, são avaliadas como não prejudiciais às pessoas, mas o contrário, segundo os próprios agentes, contribuem para resolução de casos mais simples de agravos. Os valores culturais estão arraigados na comunidade e também nos agentes que são oriundos desta fazendo parte do mesmo modo de vida e das sabedorias.

A identidade virtual e atos de atribuição, conferidos pelos sujeitos secundários da pesquisa, revelaram pontos positivos e negativos de aspectos profissionais, relacionais e culturais da ótica de cada categoria entrevistada sobre o agente. O primeiro aspecto apontou para percepções e características; o segundo, para inferências sobre o relacionamento com a equipe e a comunidade; e o terceiro, para fatores culturais próprios do ACS e da comunidade.

No geral, a imagem de um agente para o outro é tida como positiva, despontando como um ator importante e indispensável no modelo de Atenção Básica à saúde atual na visão de todos os sujeitos secundários. As enfermeiras, a médica e os auxiliares de enfermagem consideram que os agentes assumem um vínculo diferenciado com a comunidade, mas possuem um preparo insuficiente para várias abordagens referentes às suas atribuições funcionais.

Os pontos facilitadores e dificultadores do trabalho coincidem com os levantados pelos agentes. Há uma confissão dos usuários no que diz respeito ao desconhecimento acerca das estratégias da Atenção Básica e do papel do agente.

Em relação ao fato de o agente trabalhar na sua comunidade de residência, é considerado, por maioria, como uma proximidade favorecedora do relacionamento e do levantamento de problemas locais, embora alguns fizessem referência à possibilidade de conflitos interpessoais, provável concessão de privilégios a amigos

mais próximos e falta de interesse em conhecer, em profundidade, as pessoas porque elas já são tidas como conhecidas por eles. O relacionamento com a comunidade é referido como elo de amizade; ocorre, por isso, dependência dos usuários aos ACS e esses são até elogiados por aquela.

Nos aspectos culturais há também um reforço da identidade real confirmada pelos relatos de que o agente respeita as crenças culturais e solicita conciliação das mesmas com os conhecimentos científicos transmitidos e prescrições biomédicas.

Percebemos que a identidade do agente é multifacetada, fragmentada e complexa no sentido que ele é reconhecido como *lente* (grifo nosso) da equipe, instrumento para um trabalho integrado com a comunidade, educador, articulador na resolução de problemas, elo de ligação entre serviço de saúde e usuários, atendente e porta-voz. Por outro lado, aparece uma identidade negativa representada pela percepção de um sujeito sem perfil para as atribuições a ele destinadas. Essas múltiplas identidades demonstram um processo de construção identitária.

Considerando os resultados deste estudo, percebe-se a tendência, cada vez mais marcante, de configuração do agente como um campo diferenciado do trabalho na Saúde e a necessidade de reconhecimento desse ator como profissional oficializado, devido à importância que esse possui no trabalho e a valorização a ele atribuída pela comunidade. A oficialização da profissão possibilita um conhecimento mais amplo da população sobre as atribuições do ACS e uma elevação de sua autoestima, ao ser reconhecido no mercado de trabalho. Defendemos que, previamente ao reconhecimento profissional, ocorra uma regulamentação legislativa sobre o conteúdo programático e carga horária do Curso Técnico de Formação de Agente Comunitário de Saúde, para garantir uma formação institucionalizada e uma avaliação permanente do mesmo.

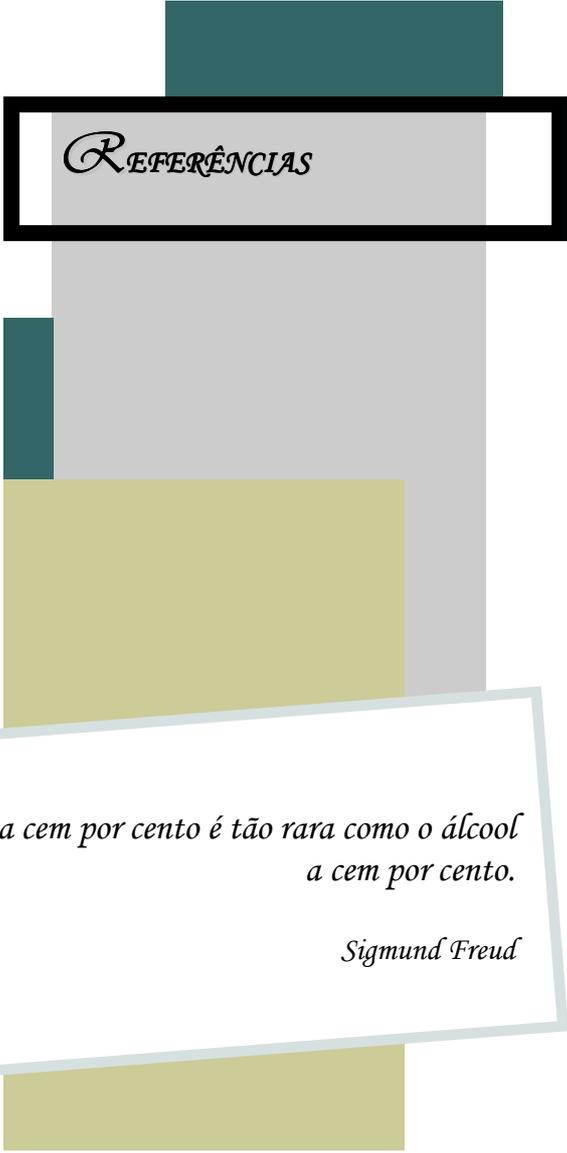
O pressuposto inicial do estudo foi confirmado e consideramos que há uma vantagem importante no fato de o agente compartilhar com a comunidade os valores culturais, ao estreitar seu vínculo com os usuários e não causar prejuízos na promoção da saúde. É relevante que a equipe de saúde possua membros que vivenciam a realidade e falem a mesma linguagem do usuário.

Observamos, também, que o meio rural é carente de muitos recursos e a inserção de estratégias de Atenção Básica, tendo o ACS como membro atuante, tem apontado esse como um ator indispensável para o alcance das metas da

assistência, que desponta como ponto de referência e proporciona resultados positivos no cuidado à saúde das pessoas.

Ademais, as identidades sociais são produto de construções oriundas das relações com o outro, baseadas na trajetória de vida e nos processos relacionais de trabalho e com a comunidade. Refletem, portanto, configurações identitárias específicas do momento histórico, sendo assim, comportam-se dinamicamente.

Neste estudo, foram destacadas as configurações identitárias dos agentes comunitários de saúde de áreas rurais, o que restringe sua validade aos dados nos quais se apoiam, sendo pertinente a realização de novos estudos em locais diferentes para complementar as bases aqui construídas, haja vista as particularidades de cada comunidade, especialmente, quanto aos fatores culturais e a possibilidade de construção individual e social intermediada pelo trabalho.



REFERÊNCIAS

A verdade a cem por cento é tão rara como o álcool a cem por cento.

Sigmund Freud



REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. A. Educação popular em saúde na Estratégia de Saúde da Família: primeiros resultados de um processo. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mostra nacional de produtos de Saúde da Família: trabalhos premiados**, 2., Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica, 2006. p. 110-128. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

ALES BELLO, A. Arqueologia fenomenológica das culturas. Tradução de Antonio Angonese. In: _____. **Culturas e religiões: uma leitura fenomenológica**. Bauru: EDUSC, 1998. cap. 2, p. 37-56.

_____. O ser humano e a comunidade. Tradução de Antonio Angonese. In: _____. **Fenomenologia do ser humano: traços de uma filosofia no feminino**. Bauru: EDUSC, 2000. cap. 4, p. 159-182. (Coleção Filosofia e Política).

ALVES, M.; MELLO, R. A. de. Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 299-308, Set./Dez. 2006.

ALVES, V. S. O modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, Set./Fev. 2005.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-60, Jan./Fev. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p. Título original: **Content Analysis**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

_____. Portaria 1.886/GM/MS de 18 de novembro de 1997. Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1997.

_____. Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jul. 2002. Seção 1. p. 1.

_____. Lei n. 11.350 de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n.

51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2006a. p. 361-364.

BRASIL. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 maio 2006b. Seção 1. p. 71.

_____. Portaria 750 de 10 de outubro de 2006. Normas de cadastramento das equipes da Estratégia de Saúde da Família, nos tipos: Equipe de Saúde da Família (ESF), Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB) e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006c.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Evolução da Atenção Básica**. 2008a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/historico_psf/historico_2006.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2008.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Cidades**. 2008b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 9 nov. 2008.

BRITO, M. J. M. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados em Belo Horizonte**. 2004. 393 f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

_____. *et al.* Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 45-57, 2008.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. cap. 1, p.15-38.

DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 62, Abr. 1998.

_____. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. Tradução de Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 343 p. Título original: **La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles**.

ELIAS, N. **A Sociedade dos indivíduos**. Organizado por Michael Schröter. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. 204 p.

ÉSTHER, A. B. **A construção da identidade gerencial dos gestores da alta administração das universidades federais em Minas Gerais**. 2007. 275 f. Tese

(Doutorado em Administração) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, Abr./Jun. 2005.

GHADIRI, D. P.; DAVEL, E. Do sólido ao fluido: contradição organizacional e paradoxo na reconstrução de identidade. **RAE eletrônica**, São Paulo, v. 5, n. 1, Jan./Jun. 2006.

HALL, S. A identidade cultural na pós-modernidade. Tradução de Tomás Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. In: HALL, D. H.; MCGREW, T. **Modernity and its futures politic**. 11nd. ed. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2006. 102 p. Título original: **The question of cultural identity**.

KREUTZ, I.; GAIVA, M. A. P.; AZEVEDO, R. C. S. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 89-97, Jan./Mar. 2006.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 21. ed. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2007. 117 p.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. 340 p.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.197-203, Jan./Fev. 2004.

LIMA, S. M. M. de; HOPFER, K. R.; SOUZA-LIMA, J. E. de. Complementaridade entre racionalidades na construção da identidade profissional. **RAE eletrônica**, São Paulo, v. 3, n. 2, Jul./Dez. 2004.

MACHADO, H. V. A identidade e o contexto organizacional: perspectivas de análise. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 7, p. 51-73, 2003. (Edição Especial).

MARTINS, M. L. **Da bateia a enxada**: Minas Gerais nos séculos XVIII e XIX. Diamantina: FAFIDIA, 2000. 111 p.

MATOS, R. V. A. A rede de cidades do Vale do Jequitinhonha nos séculos XVIII e XIX. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 8., 1998, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 1998. p. 195-225.

MENESES, J. N. C. Produção e atividade econômica na Comarca do Serro Frio no século XVIII. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 8., 1998, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 1998. p. 123-143.

MENESES, J. N. C. **História & Turismo Cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. 127 p. (Coleção História & Reflexões).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006. 393 p.

MONTICELLI, M.; ELSEEN, I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 26-34, Jan./Mar. 2006.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, Nov./Dez. 2002.

OLIVEIRA, M. A. de. Subjetividade e totalidade: um confronto com as antropologias contemporâneas. In: CONGRESSO INTERNACIONAL "PESSOA E SOCIEDADE", 1., 2005, Portugal. **Conferências...** Portugal: Universidade Católica de Portugal, 2005. p. 1-23.

PAULA, J. A. de. **Raízes da modernidade em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 154 p. (Coleção Historial 8).

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PENNA, C. M. M. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito brasileiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 80-88, Jan./Mar. 2007.

ROMANO, V. F. A busca de uma identidade para o médico de família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 13-25, 2008.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Nov./Dez. 2005.

SILVA, J. A. da; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 240 p.

SILVA, T. T.; HALL, S.; WOODWARD, K. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 133 p.

SIQUEIRA, K. M. *et al.* Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 68-73, Jan./Mar. 2006.

SOUSA, M. F. de. **Agentes comunitários de saúde: choque de povo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 162 p.

SOUZA, L. M. **Os desclassificados do ouro**: a pobreza mineira no século XVII. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004. 324 p.

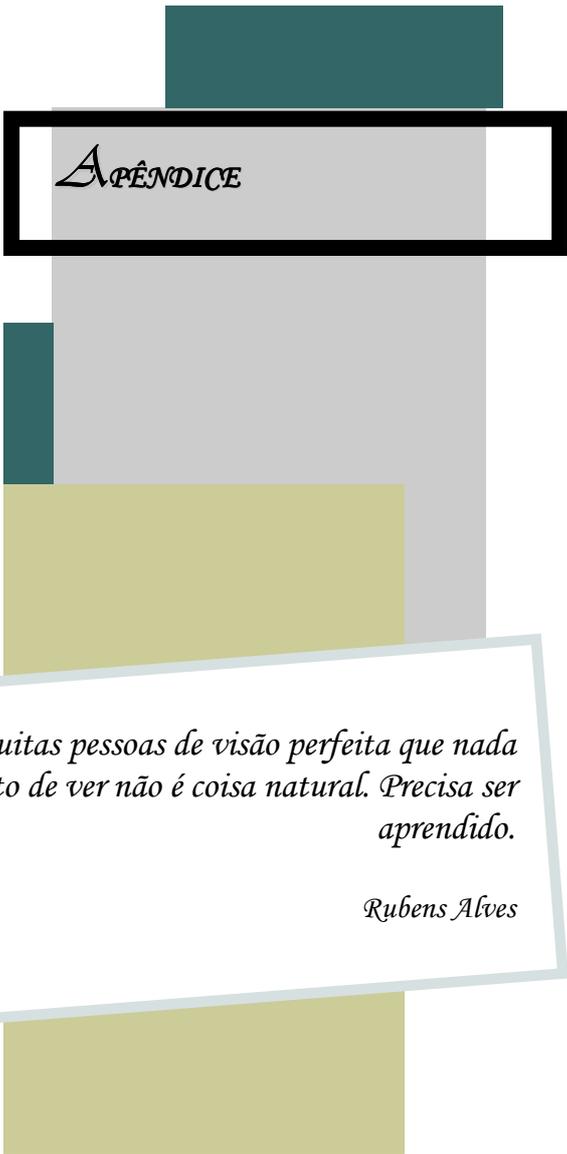
TEIXEIRA, M. A. *et al.* Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer - poder amamentar. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 98-106, Jan./Mar. 2006.

TRAD, L. A. B. *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 142-149, Jan./Fev. 2007.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para consolidação do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-788, 2007.

YIN, R. K. **Estudos de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Brookman, 2005. 212 p.



APÊNDICE

Há muitas pessoas de visão perfeita que nada vêem...o ato de ver não é coisa natural. Precisa ser aprendido.

Rubens Alves

APÊNDICE - Questionário de identificação (Agente Comunitário de Saúde)

		Questionário de Identificação (Agente Comunitário de Saúde)	
ENTREVISTA Nº			
Data: ___/___/___	Horário de Início:	Horário de Término:	
Distrito:		Local de realização da entrevista:	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Entrevistado(a):			
Idade:		Escolaridade:	
Estado civil: () casado(a) () solteiro(a) () separado(a) () viúvo(a)			
Tempo de trabalho neste cargo:			
Remuneração na função:			
Jornada de trabalho diária: 1) Formal:		2) Informal:	
Número de empregos anteriores:			
Cargos ocupados em outros empregos:			
Experiência prévia na área da saúde:			

APÊNDICE - Questionário de identificação (Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Médico e Usuário)

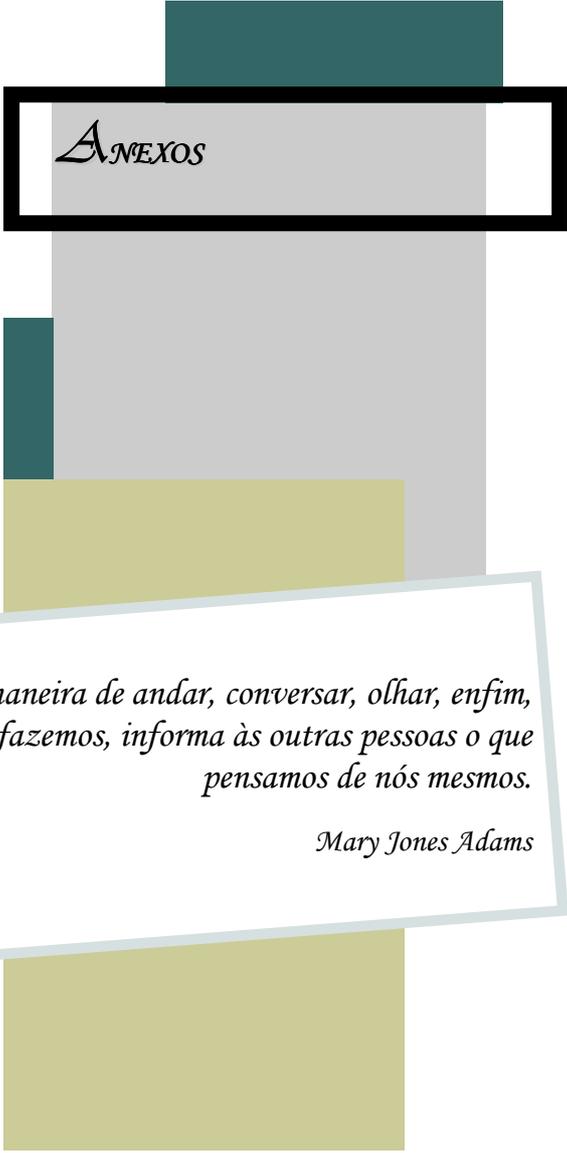
		Questionário de Identificação (Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Médico e Usuário)	
ENTREVISTA Nº			
Data: ___/___/___	Horário de início:	Horário de término:	
Distrito:		Local de realização da entrevista:	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Entrevistado(a):			
Idade:		Escolaridade:	
Estado civil: () casado(a) () solteiro(a) () separado(a) () viúvo(a)			
Denominação do cargo ou condição:			
Remuneração:			
Tempo de trabalho na ESF (ou PACS) (<i>aplica-se aos profissionais de saúde</i>):			
Tempo em que mora na comunidade (<i>aplica-se somente ao usuário</i>):			

APÊNDICE - Roteiro de entrevista (Agente Comunitário de Saúde)

	Roteiro de entrevista (Agente Comunitário de Saúde)
ENTREVISTA Nº	
<ol style="list-style-type: none">1. Você poderia fazer uma apresentação sobre a sua pessoa?2. Fale o que significa para você ser agente comunitário de saúde.3. Como você se sente no exercício de sua função?4. Fale sobre o seu cotidiano de trabalho como agente comunitário de saúde.5. Quais os principais aspectos, em seu dia-a-dia como agente, facilitam seu trabalho?6. Quais os aspectos, em seu dia-a-dia como agente, dificultam seu trabalho?7. Fale sobre seu relacionamento com os demais membros da equipe da ESF (ou PACS).8. Fale sobre seu relacionamento com a comunidade.9. O fato de residir na sua área de trabalho interfere em sua prática como agente comunitário de saúde?10. Seus conhecimentos e experiências de vida influenciam o seu trabalho como agente comunitário de saúde?11. Você acha que ocorreram mudanças em sua vida e forma de agir depois que passou a atuar como agente comunitário de saúde? Fale sobre essas mudanças.12. O fato de ser agente comunitário de saúde tem influenciado sua vida familiar e seu relacionamento com outras pessoas? De que forma?13. Como você se sente ao orientar as pessoas da comunidade?14. Ao orientar as pessoas da comunidade, que informações você considera importantes?15. Fale o que você acha a respeito das orientações que a equipe da ESF (ou PACS) solicita que você repasse à comunidade.16. No seu dia-a-dia, ao atuar junto à comunidade, você utiliza outros conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida?17. Você acredita que esses conhecimentos contribuem na prática de saúde da comunidade?18. O que você acha que as pessoas pensam de você como agente comunitário de saúde?19. Você gostaria de falar mais alguma coisa?	

**APÊNDICE - Roteiro de entrevista (Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem,
Médico e Usuário)**

	<p style="text-align: center;">Roteiro de entrevista (Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Médico e Usuário)</p>
ENTREVISTA Nº	
<ol style="list-style-type: none">1. Fale sobre a sua percepção a respeito do agente comunitário de saúde.2. Fale sobre o trabalho do agente comunitário de saúde.3. O que você acha da formação do agente comunitário de saúde?4. No seu ponto de vista, que aspectos interferem no trabalho realizado pelo agente comunitário de saúde?5. Quais são os principais aspectos que facilitam o trabalho do agente comunitário de saúde?6. Quais são os principais aspectos que dificultam o trabalho do agente comunitário de saúde?7. O que você acha do fato de o agente comunitário de saúde residir na mesma área em que trabalha?8. Fale sobre o relacionamento do agente comunitário de saúde com (o nome da categoria profissional ou condição de usuário).9. Fale sobre o relacionamento do agente comunitário de saúde com os demais membros da equipe da ESF (ou PACS).10. Fale sobre o relacionamento do agente comunitário de saúde com a comunidade.11. Do seu ponto de vista, os aspectos culturais influenciam o trabalho do agente comunitário de saúde?12. Em relação às crenças, costumes e tradições da comunidade, você percebe influência no trabalho do agente comunitário de saúde? Fale sobre isso.13. Você gostaria de falar mais alguma coisa?	



ANEXOS

*A nossa maneira de andar, conversar, olhar, enfim,
tudo que fazemos, informa às outras pessoas o que
pensamos de nós mesmos.*

Mary Jones Adams

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada, provisoriamente, “**Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais**”, a ser desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais / UFMG. A pesquisa configura-se como uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sendo de responsabilidade de Maristela Oliveira Lara, aluna regularmente matriculada no referido curso e orientada pela Dr.^a Maria José Menezes Brito, Professora Adjunta desta escola.

O estudo tem por objetivo compreender a identidade social do agente comunitário de saúde (ACS) inserido em equipe do Programa de Saúde da Família em áreas rurais do município de Diamantina / MG. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será por meio de entrevistas.

Ao ser entrevistado (a) você responderá a algumas questões referentes ao ACS, o cotidiano de trabalho deste profissional e fatores culturais que influenciam sua prática. Mediante sua autorização, as entrevistas serão gravadas com a finalidade de assegurar a autenticidade das informações, ficando à sua disposição caso queira ouvi-la. Informamos ainda que o material gravado será destruído após transcrição.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmamos o compromisso de que as informações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa. Salientamos que este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado nos Comitês de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina / MG. Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, esclarecer dúvidas e ainda retirar o seu consentimento, sem nenhum ônus ou prejuízo.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com outros estudos sobre a temática; possibilitar a intervenção no processo de formação do ACS; subsidiar estratégias que potencializem as ações desse profissional e seu reconhecimento social, refletindo sobre foco de ação do ACS, levando em conta as singularidades dele e da comunidade.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente Termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

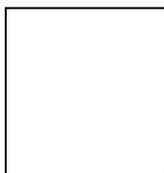
Maristela Oliveira Lara
(Aluna do curso de Mestrado em Enfermagem)

Prof.^a Maria José Menezes Brito
(Orientadora)

Nome: _____ R.G: _____

Assinatura por extenso: _____ ou

Assinatura digital :



Diamantina, _____ / _____ / _____

Nome da pesquisadora: Maristela Oliveira Lara Tel: (38) 3531-3942

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Menezes Brito Tel: (31) 3409-9833 e 9291-0026

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31.270-901. Tel: (31) 3499-4592

ANEXO B - Carta de Autorização para a realização da pesquisa na instituição

ANEXO III

CORRESPONDÊNCIA PARA SOLICITAR AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS

Diamantina, 12 de novembro de 2007

Ilma.Sra.

Cinara Lemos Meira Souza

Secretária Municipal de Saúde de Diamantina

Assunto: Solicitação/Faz.

Venho, por meio deste, manifestar interesse e solicitar a autorização de Vossa Senhoria para a realização de pesquisa em unidade de Programa de Saúde da Família (PSF) em zona rural, intitulada: **Configuração identitária do Agente Comunitário de Saúde de áreas rurais**. Estou desenvolvendo essa pesquisa como mestranda da Escola de Enfermagem, sob orientação da Professora Doutora Maria José Menezes Brito, no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem como objetivo compreender a identidade social do Agente Comunitário de Saúde inserido em equipe do Programa de Saúde da Família em áreas rurais do município de Diamantina – MG, identificando as implicações de fatores culturais na prática do Agente Comunitário de Saúde com a comunidade. O instrumento utilizado para o desenvolvimento do estudo será a entrevista individual com roteiro semi-estruturado com os agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e alguns usuários das equipes dos PSF dos distritos de Senador Mourão e Inhaí.

Esclareço que os sujeitos da pesquisa serão informados sobre os objetivos e os procedimentos adotados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96 do Comitê de Ética em Pesquisa do CNS/MS.

A autorização inicial de V. Sa. é importante e imprescindível para que o projeto de pesquisa seja encaminhado às instâncias da Escola de Enfermagem e ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Certa de contar com a colaboração de V. Sa. coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos e antecipo agradecimentos.

Atenciosamente,



Maristela Oliveira Lara

Rua Professor Gabriel Mandacaru, 121/204 Bom Jesus – Diamantina-MG
CEP 39100-000

Tel: (0xx38) 3531-3942 E-mail: maryslara@hotmail.com



Orientadora: Prof.ª Dra. Maria José Menezes Brito
Av. Alfredo Balena, 190- Escola de Enfermagem / 2º andar-
Santa Efigênia – Belo Horizonte MG CEP 30130-100
Tel: (0xx31) 3409-9833 E-mail: brito@enf.ufmg.br

autuário,
deu...
Comandante Lenora Maria Souza
Secretaria Municipal de Saúde e
Promoção Social de Diamantina
34/12/07

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 611/07

Interessado(a): Profa. Maria José Menezes Brito
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 07 de março de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Configuração identitária do Agente comunitário de Saúde de áreas rurais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG