

“QUEM ACOLHE O AGENTE DE SAÚDE?”: O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO MEDIADOR DE CONFLITOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

“WHO LOOKS AFTER THE HEALTH AGENT?”: THE COMMUNITY HEALTH AGENT AS A CONFLICT MEDIATOR IN FAMILY HEALTH STRATEGY

*Pedro Ferraz Gama**

Cite este artigo: GAMA, Pedro Ferraz. “Quem acolhe o agente de saúde?”: O agente comunitário como mediador de conflitos na estratégia de saúde da família. **Revista Habitus:** revista eletrônica dos alunos de graduação em Ciências Sociais - IFCS/UFRJ, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p.114-124, 31 de Dezembro 2013. Semestral. Disponível em: <www.habitus.ifcs.ufrj.br>. Acesso em: 31 Dezembro 2013.

Resumo: Este artigo parte de pesquisa etnográfica realizada numa unidade básica de saúde operando de acordo com a Estratégia de Saúde da Família em uma favela do Rio de Janeiro para compreender de que forma a percepção de profissionais da saúde e pacientes sobre o atendimento ideal a ser prestado e recebido nessas unidades interfere no serviço prestado por elas. A partir do trabalho desses profissionais dentro e fora da unidade e de sua relação com os pacientes, analisamos como o atendimento é negociado e de que forma os conflitos surgidos pelas diferentes formas de entender a saúde são mediados, principalmente pelo agente comunitário de saúde.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Antropologia Urbana, Antropologia da Saúde, Rio de Janeiro.

Abstract: This article is based on ethnographic research conducted in a basic health unit operating in accordance with the Family Health Strategy in a slum in Rio de Janeiro. My aim is to understand health professionals' and patients' perceptions of the concept of "care" provided by these units and how this concept affects the service provided by them. Focus is put on the work of health professionals inside and outside the health unit and on their relationship with patients. I have also analyzed how health service is mediated by community agents who try to deal with conflicts caused because people involved have different ways of understanding "care".

Keywords: Family Health Strategy, Community Health Agent, Urban Anthropology, Anthropology of Health, Rio de Janeiro.

Introdução

Em meados dos anos 1990 começou a ser posto em prática no Brasil um novo modelo de assistência pública em saúde, conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa nova proposta surgiu como uma alternativa do governo federal para o modelo tradicional de atenção à saúde vigente no país, que enfrentava fortes críticas, entre outros motivos, por ter suas ações exclusivamente centradas na noção de doença [1].

Menos de duas décadas mais tarde, a ESF encontra-se nacionalmente consolidada como “centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2007, p.7) e “forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil” (BRASIL, 2012, p.15) [2].

Entre as diversas características que definem essa nova estratégia, me interessei inicialmente por aquela que talvez parecesse mais evidente para um leigo no assunto: o aparecimento de um novo componente na relação entre médico e paciente: o agente comunitário de saúde (ACS). Estava interessado em compreender de que forma este novo profissional modificava a relação da população com o serviço de saúde e que resultados seriam esperados e quais eram efetivamente alcançados a partir do seu trabalho.

Na unidade de saúde escolhida para a pesquisa, uma Clínica da Família (CF) [3] localizada num complexo de favelas na cidade do Rio de Janeiro, acompanhei por meio de observação participante, entre os meses de Julho e Dezembro de 2011, o trabalho realizado por médicos, enfermeiras, dentistas e principalmente por agentes comunitários de saúde, dentro da unidade e no território em que atuavam.

Em poucos dias de observação pude perceber que as novidades trazidas pela ESF iam muito além do surgimento da figura do ACS e que seu papel estava relacionado a uma mudança significativa na forma de pensar a atenção à saúde.

Logo ficou claro também que essa estratégia já consolidada, em vias de expansão para todo o país e vista com esperança por grande parte dos profissionais da área da saúde encontra na prática alguns obstáculos para sua plena realização. Na Clínica da Família pesquisada, quase todas as categorias mencionadas anteriormente (médicos, enfermeiras, dentistas, ACS) estavam de alguma forma insatisfeitas com o trabalho que realizavam. Além deles, as reclamações vindas dos pacientes atendidos ou não pela Clínica também se mostraram frequentes.

A insatisfação das pessoas envolvidas com o trabalho da Clínica estava relacionada com diferentes ideias sobre o melhor atendimento a ser prestado e recebido nestas unidades. O objetivo deste texto é identificar em que valores e práticas estas diferentes percepções do atendimento de saúde ideal estão baseadas. Pretendemos ainda, partindo do trabalho realizado cotidianamente pelos ACS, entender como este profissional acaba exercendo um delicado papel de mediação entre ideologias de atendimento de saúde que por vezes entram em conflito.

1. Saúde da Família: Integralidade, Promoção e Prevenção

“Existe um gargalo na assistência em saúde. Pública e Privada. Eu acho que a solução é a promoção e prevenção”. Dentista A [4]

A frase que abre esta seção foi dita por uma das dentistas da CF, durante uma reunião de formação dos agentes de saúde na unidade. Ela chama atenção para um problema antigo com que precisam lidar os usuários do SUS: uma demanda proporcionalmente muito maior que a oferta de atendimentos. Para ela e para um grande número de profissionais e estudiosos no campo da saúde, é preciso haver uma mudança estrutural na forma de pensar a saúde no país para que tal problema seja solucionado.

É nesse contexto que surge a Estratégia de Saúde da Família, uma proposta de serviço de saúde cuja principal característica consiste no acompanhamento regular da população de determinada área geográfica por uma equipe multiprofissional composta por médicos (generalista ou especialista em saúde da família), enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo contar ainda com profissionais de saúde bucal (dentista e auxiliares de saúde bucal).

No modelo de trabalho da ESF, esta equipe desenvolve uma série de ações no sentido de promover e manter a saúde dos pacientes pelos quais é responsável, além de se antecipar a possíveis problemas que ameacem a saúde de cada paciente ou da população como um todo. De maneira mais geral, a atenção básica, orientada pelos princípios da ESF, é definida pelo Ministério da Saúde como um:

(...) conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p.19)

De acordo com as ideias de “promoção da saúde” e de “prevenção” a que se referiram a dentista e o Ministério, a unidade de saúde não deve esperar que o paciente adoça para só então oferecer atendimento. A proposta é que as equipes de saúde pensem ações para que a população esteja e continue saudável e para que as doenças sejam prevenidas em vez de medicadas.

Deste modo, nas unidades básicas de saúde funcionando de acordo com Saúde da Família, o atendimento aos pacientes dentro do consultório médico representa apenas parte do serviço prestado. É responsabilidade das equipes de saúde da família, por exemplo, a intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta e a realização de ações educativas e de promoção de saúde de acordo com as necessidades locais.

Para Octávio Bonet (2003), a medicina de família vem contribuindo para retomar no campo da saúde as ideias de “totalidade” e “integralidade” na maneira de cuidar das pessoas e de pensar a saúde no ocidente. Tais ideias propõem a “consideração do paciente como um todo e dos fatores físicos, psicológicos sociais e ambientais que influenciam sobre a saúde das pessoas” (CEITLIN, 1988 apud BONET, 2003, p.134) e se contrapõem ao modelo biomédico, considerado reducionista por concentrar suas atenções no corpo e na doença e negligenciar o contexto em que o paciente está inserido.

O estabelecimento desta relação mais próxima e integral entre equipes de saúde e população adscrita (pela qual cada equipe é responsável) tem como fundamento a formação de vínculos entendidos como a “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, (...) além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012, p.21).

Nesta nova configuração de trabalho e relação entre equipe de saúde e população, em que o vínculo e a compreensão da pessoa em sua totalidade são primordiais, os agentes comunitários de saúde, por seu perfil e pelo trabalho que lhes é proposto, desempenham um papel fundamental.

2. O papel do ACS

Uma das principais exigências para que alguém trabalhe como agente comunitário de saúde em determinado território é que o mesmo seja morador do local em que vai atuar. Este é um importante fator para o estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e população, como veremos mais adiante.

Os agentes de saúde estão inseridos em uma equipe de Saúde da Família, que é responsável em média por 3000 pessoas. Cada ACS, por sua vez, é responsável pelo acompanhamento dos moradores de uma área geográfica definida – a “microárea”, que deve conter no máximo 750 pessoas.

Não é necessário que o ACS possua uma formação específica na área de saúde. Uma de suas primeiras funções é cadastrar e manter atualizados os cadastros das famílias que residem em sua microárea. Nenhum paciente é atendido pelos profissionais da Clínica sem antes realizar o cadastro de sua família no sistema da unidade. As informações obtidas sobre as famílias servirão como base para o acompanhamento da saúde da população e para o planejamento das atividades da Clínica.

As famílias cadastradas devem ser acompanhadas regularmente pelo ACS, por meio de visitas domiciliares (VDs), tendo por referência a média de uma visita mensal por família. O ACS deve ainda orientar as famílias sobre a utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver ações com o objetivo de integrar a equipe de saúde e a população; “realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea”, além das já mencionadas “atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade” (BRASIL, 2012, p.49). Na Clínica da Família pesquisada, os ACS recebiam ainda os pacientes que chegavam à unidade no chamado “acolhimento” e faziam o agendamento de consultas com médicos e dentistas.

O fato de ser um integrante da equipe de Saúde da Família e também um morador do território em que o serviço é prestado faz do agente comunitário de saúde alguém com condições privilegiadas para estabelecimento do vínculo almejado pela ESF. Para Silva et al.(2004), participar desses dois universos de significação – neste caso, principalmente no que diz respeito

a concepções de saúde – poderia possibilitar ao ACS a *tradução*, no sentido atribuído ao termo por Clifford Geertz (1997), de saberes do campo médico para a população e saberes que são fruto da vida cotidiana da população para a equipe de saúde.

Silva et al. reconhecem, no entanto, que a “*tradução* feita pelo agente comunitário abre canais de comunicação, mas não estabelece, necessariamente, diálogo ou relações de interação entre serviços de saúde e população atendida” (2004, p. 84). Para transpor a barreira que impede o diálogo, eles indicam caminhos como a construção de um “território comum”, em que ações como a participação comunitária e a mobilização do agente de saúde seriam capazes de promover a interação pretendida.

Na Clínica da Família pesquisada havia, no entanto, uma grande dificuldade em estabelecer tais diálogos entre a proposta da equipe de saúde e o atendimento esperado pela população, o que gerava conflitos e insatisfação em ambos os lados.

3. A CF que “não funciona”: valores divergentes sobre a proposta de Saúde da Família

Vimos até aqui que a ESF surgiu como uma alternativa ao modelo tradicional de saúde vigente no Brasil, cujas ações estavam baseadas principalmente na noção de doença e que no novo modelo, a relação entre equipe de saúde e paciente está marcada por um acompanhamento, uma regularidade de visitas, consultas e atividades propostas pela equipe de saúde que afastariam as possibilidades do paciente de adoecer.

O gerente da CF via esta proposta como uma chance de “produzir pro território uma prática que não seja de medicalização da vida”, principalmente a partir do trabalho de articulação do agente comunitário de saúde. Uma proposta que, no longo prazo, seria capaz de amenizar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para a população local.

Sabemos, porém, que equipe de saúde e pacientes estão inseridos em diferentes contextos e trazem consigo experiências de vida e visões de mundo distintas. Bonet et al. chamam atenção para o desdobramento destas diferentes formas de perceber o cuidado:

“O que os profissionais e usuários entendem por “cuidar” remete a diferentes práticas, que estão associadas a um modo de entender as relações pessoais, a um modo de organizar a vida cotidiana e a uma percepção diferencial do corpo, das emoções e do processo de saúde-doença.” (BONET et al., 2009, p.245)

Uma dentista da unidade explicou em uma reunião de equipe que aquela era uma população “sem acesso à saúde há muito tempo”. A Clínica da Família é uma possibilidade de atendimento recente para os moradores, existente há pouco mais de três anos. Antes disso, a opção para a população local era procurar por atendimento em hospitais e outros postos da região, marcados pelo já apresentado modelo tradicional de concepção de paciente e de saúde.

Os moradores do local se acostumaram, portanto, a buscar o serviço de saúde principalmente em situações de graves problemas de saúde ou urgências médicas. Em

decorrência disso, era comum ver o fluxo de pacientes na CF variar de forma semelhante ao de hospitais e unidades de pronto-atendimento, em função da grande procura por atendimentos de livre demanda (também chamada demanda espontânea). A unidade era vista como mais uma possibilidade de atendimento nos moldes a que a população estava habituada.

Outro fator que chama atenção sobre a relação entre população e a proposta da ESF é a forma como a falta às consultas programadas é recorrente na Clínica. Embora não tenha tido acesso aos números oficiais, me chamou atenção o fato de haverem tantas faltas em um serviço público de saúde onde a demanda por atendimento médico é tão grande.

Acompanhei muitos agendamentos de consulta que eram realizados pela segunda ou terceira vez, devido à falta do paciente às consultas anteriormente marcadas. A justificativa não precisava ser muito elaborada, variando quase sempre entre “não deu pra ir” ou “esqueci”.

Numa tarde de chuva, um residente de medicina me explicou porque estava do lado de fora do consultório: “A gente não tá fazendo nada aí”, explicando que além das faltas às consultas marcadas, a chuva havia afastado também os pacientes de demanda espontânea. Em outros dias e horários, por outro lado, a sala de espera da Clínica permanecia lotada por horas.

As faltas frequentes às consultas programadas e a grande procura por atendimentos de demanda espontânea apontam para uma valorização diferente para estas duas formas de atendimento: a primeira com sua importância visivelmente diminuída, enquanto a última era procurada e exigida com afincamento pelos moradores.

Em uma das ações de promoção da saúde em que dezenas de pessoas verificavam pressão arterial, pediam para analisar exames clínicos e outras orientações, o médico da comunidade perguntou se alguém gostaria de “tirar alguma dúvida em relação ao funcionamento do posto e a diferença dele em relação aos outros postos da comunidade”. Um senhor que também esperava para medir a pressão disse em tom de reclamação: “A diferença é que lá a gente recebia o remédio todo e aqui [apontou em direção à CF] nunca tem”.

A crítica do senhor foi rapidamente respondida por uma funcionária da Clínica que acompanhava a ação: “Este programa não existe mais. Era um programa do César Maia que acabou, graças a Deus! (...) O paciente pegava o remédio e ficava muito tempo sem vir. Perdia o vínculo com o posto”. A ideia do vínculo foi defendida também pelo médico: “O ACS é o elo de ligação entre vocês e o posto. Não é só pegar o remédio, esse negócio é furada”. O exemplo torna evidente a forma contrastante com que as diferentes categorias percebem a importância do vínculo.

Operando na lógica tradicional de atenção à saúde, um grande número de pacientes e também de moradores não atendidos pela Clínica da Família pesquisada avalia o serviço prestado como aquele que “não funciona” ou em que estão os profissionais de saúde que “não trabalham”.

Trabalhar prioritariamente com consultas programadas no lugar da demanda espontânea, ou com o acompanhamento proposto pela ESF no lugar do pronto-atendimento se

mostrava nesta Clínica como um desafio cotidiano. Nessa situação, os problemas gerados pelas percepções diferentes sobre o atendimento ideal a ser prestado incomodavam não apenas quem recebia, mas também quem oferecia o serviço.

4. Médicos da Família e demanda espontânea: o “trabalho prejudicado”

A ideia da dentista A sobre “promoção e prevenção” pode ser retomada aqui para chamar atenção para uma característica marcante dos médicos, enfermeiros e dentistas com que tive contato na CF: a convicção de que a ESF pode oferecer para a população uma forma melhor e mais eficaz de lidar com a saúde.

Tal convicção não se limita ao seu discurso, mas orienta cotidianamente suas práticas, de modo que ações que fogem a essa proposta se convertem em um problema. Num dia em que a Clínica estava cheia de pacientes à espera de consulta, um médico da CF justificou seu atraso a uma reunião de equipe pelo grande número de pacientes de demanda espontânea a espera de atendimento. Dr. B chamou a atenção dos ACS para a importância de seu trabalho para a solução deste problema:

“Se a gente não explica pra população que tem que marcar consulta, que tem que esperar a vaga, o nosso trabalho fica prejudicado. Aí fica essa UPA [Unidade de Pronto Atendimento] aí em cima e a gente tem que ralar pra dar conta”.

O “trabalho prejudicado” mencionado aqui é aquele que se distancia da Estratégia de Saúde da Família planejada pela unidade de saúde e se aproxima do trabalho nos moldes tradicionais, como o das unidades de pronto atendimento. Em tom de ironia, outro médico da unidade dizia trabalhar em uma “UPA da família”, referindo-se a dificuldade de realizar seu trabalho nos moldes propostos pela ESF.

Além da resistência a sua proposta de trabalho por parte da população, os médicos de família precisam lidar ainda com a desvalorização financeira do seu trabalho em relação aos profissionais que atuam no modelo tradicional. Após o pedido de demissão de um dos médicos da CF, a equipe desta área permaneceu por meses sem um substituto. Um ACS de cerca de 40 anos falou uma vez em tom de indignação sobre a dificuldade de encontrar médicos para trabalhar na área de saúde da família: “[a ESF] tem exigência de dedicação exclusiva. Na UPA ele ganha muito mais no plantão e tem demanda livre. É uma questão de mercado também”.

A valorização diferenciada do trabalho exercido por médicos nos moldes da ESF ou no regime plantões merece uma investigação mais cuidadosa, da qual não conseguiria dar conta neste artigo. Entretanto, considero esse mais um dado importante para compreender as bases da insatisfação apresentada anteriormente.

O desapontamento de médicos e pacientes em relação às suas expectativas faz com que no lugar do vínculo almejado pela ESF, o diálogo entre eles seja marcado por uma série de desgastes. Por ocuparem lugar de interseção nesta estrutura, os agentes comunitários figuram diversas vezes no centro dos embates sobre o melhor atendimento a ser oferecido pela CF.

5. ACS: De possível solução ao centro das críticas

Reclamações da população sobre a ineficiência de um serviço público não são exclusividade da área da saúde, de propostas do governo federal ou do município, ou mesmo do nosso país. Não é essa característica, portanto, que nos interessa no caso específico da ESF.

Há nessa proposta um planejamento particular da relação entre equipe de saúde e pacientes que faz com que as queixas se concentrem preferencialmente em torno do profissional que está igualmente próximo (já que faz parte) destes dois grupos e que tem como uma de suas principais atribuições a integração entre eles: o ACS.

Na indignação do doutor B sobre o grande número de pacientes de demanda espontânea a ser atendido por ele, o ACS é um dos responsáveis pela descaracterização do seu trabalho, quando não explica para a população que é preciso marcar consulta e esperar a vaga para receber atendimento na CF.

Quando passamos às reclamações ouvidas da população, a marcação de consultas também aparece como principal fator de reclamação sobre o ACS, embora com outro ponto de vista. Os atendimentos da demanda espontânea realizados pela CF – e garantidos ao usuário pelo SUS – ocupam parte significativa das vagas para consulta oferecidas e fazem com que conseguir uma consulta marcada demore muito mais que o desejável. Quando isso acontece, não é raro que a reclamação seja de que “o agente de saúde não marca a consulta”.

Ouvi na sala da administração da unidade o protesto de uma moradora que precisava de uma consulta e não conseguia contato com a agente de sua área: “Eu vejo essa menina aqui trabalhando [apontando para uma ACS que estava na sala], mas a outra não faz nada!”. A ACS criticada, em outra oportunidade, explicou por que não estava realizando visitas aos moradores de sua área: “Não vou na casa do paciente toda semana pra dizer que não tem vaga”.

A frase da agente faz sentido a partir de uma percepção comum da população sobre o agente de saúde como um simples marcador de consultas, que tem forte influência sobre seu trabalho. Nessa perspectiva, algumas ações propostas pelos profissionais da Clínica ainda não são entendidas como parte de um atendimento básico de saúde e tarefas como a visita domiciliar apenas fariam sentido para o agendamento de uma consulta posterior com o médico.

Os exemplos reforçam a ideia de que as diferentes concepções de profissionais e pacientes sobre cuidado e a saúde estão em disputa no cotidiano da Clínica e podem causar o que Bonet et al. chamaram de “mal-entendidos não produtivos”, entendidos como:

(...) o resultado de uma cobrança que, do ponto de vista de um dos regimes de enunciação, não seria pertinente, mas se avaliada do ponto de vista do outro regime é perfeitamente razoável. Nesse cenário, é freqüente a manifestação de conflitos e a expressão de queixas não atendidas (porque não são compreendidas). (BONET et al., 2009, p.245)

No que diz respeito ao trabalho realizado pelos ACS, algumas soluções encontradas para

lidar com tais conflitos – como evitar a realização da visita domiciliar por falta de vagas para a consulta com o médico – contribuem para aumentar os mal-entendidos no lugar de resolvê-los e manter distantes os universos de significação que o agente deveria aproximar.

A dificuldade em lidar com as queixas e pressões de ambos os lados sobre seu trabalho torna desgastante o trabalho do ACS e faz com que este profissional endosse o grupo de insatisfeitos com o trabalho da CF.

Em uma reunião da equipe da unidade, a ACS C questionou o fato dos agentes terem que lidar com as queixas da população também no acolhimento dos pacientes na Clínica: “Não sei quem foi que inventou que os agentes de saúde que estão no campo têm que ficar também no acolhimento! (...) Além de ficar no território a gente fica aqui recebendo reclamações e todos os problemas que eles trazem”.

No fim de um dia de trabalho na Clínica, uma ACS de cerca de 25 anos estava sentada com a cabeça abaixada e com um olhar cansado nos degraus de uma escada. C, que estava comigo, foi até ela perguntar se estava tudo bem. A ACS disse que estava com dor de cabeça e que estava cansada por causa do trabalho. C disse a ela que se poupasse um pouco mais e reduzisse o ritmo de trabalho: “Eu sei que é difícil ver as pessoas precisando, mas a gente não vai dar conta de tudo”.

Apesar de estarem inseridos nos dois principais grupos envolvidos com a CF e de idealmente partilharem dos saberes construídos por equipe de saúde e população, os agentes de saúde têm grande dificuldade no seu dia-a-dia para mediar os interesses divergentes desses dois grupos. Encontrar-se no meio desta disputa e ter de assumir uma posição que não é exatamente uma ou outra faz com que o agente tenha que elaborar estratégias para a solução de conflitos, mas que muitas vezes não são aprovadas.

6. Quem acolhe o agente de saúde?

“A gente acolhe todo mundo: dentista, médico, paciente, visitante. E quem é que acolhe a gente?”

Agente Comunitária de Saúde D

Tentamos mostrar com este artigo que serviços como o da Clínica da Família envolvem pessoas com diferentes modos de ver e buscar a saúde, relacionados a experiências de vida, saberes, valores e práticas diversos e muito particulares. Lidar com a variedade de expectativas sobre o atendimento a ser oferecido é um desafio com o qual convivem principalmente os profissionais da unidade de saúde e que interfere diretamente na eficiência desse serviço.

Na disputa sobre o modelo ideal de atendimento, a figura do agente comunitário de saúde, pessoa de fácil acesso aos dois principais grupos em desacordo, fica em evidência. Embora não seja ele o causador dos problemas apresentados, a possibilidade de solucioná-los confere ao ACS uma responsabilidade que se converte em desconforto quando tal função não alcança os diferentes resultados esperados. Esse profissional, que na formulação da ESF estaria em uma posição privilegiada para o estabelecimento do vínculo entre as partes, precisa exercer

na prática o incômodo papel de mediador de conflitos.

Embora fique evidente nas situações apresentadas que o ACS ainda não encontrou uma fórmula para mediar de forma eficaz os interesses da equipe de saúde e população, seria certamente ingênuo atribuir a esse profissional o rótulo de vítima do trabalho que realiza. Acredito que a falta de acolhimento ao ACS a que se referiu a agente D tem relação com a falta de apoio e referências para lidar com tais situações.

Nesse sentido, assim como médicos, enfermeiros e dentistas são ensinados sobre o trabalho a ser realizado para mais tarde desenvolver soluções próprias a partir da sua experiência, os agentes comunitários de saúde, figuras centrais para o funcionamento da ESF, também podem ser ensinados de forma mais sistemática a mediar e a traduzir diferentes práticas e saberes para que essa proposta se realize de forma mais eficaz e seu trabalho, com menos embates. 

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CF: Clínica da Família

DAB: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

eSF: Equipe de Saúde da Família

ESF: Estratégia de Saúde da Família

MS: Ministério da Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PSF: Programa Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

VD: Visita domiciliar

NOTAS

* Estudante de graduação em Licenciatura em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Realizou esta pesquisa sob orientação da professora Karina Kuschnir, no projeto “Dicionário Etnográfico Carioca” do Laboratório de Antropologia Urbana (LAU/UFRJ).

[1] Agradeço à professora Daniela Manica pela atenção dedicada a este artigo durante a disciplina Laboratório de Redação Monográfica, ministrada por ela em 2012/2.

[2] Para um histórico detalhado do desenvolvimento da ESF ver Silva et al.(2004).

[3] Na cidade do Rio de Janeiro as unidades que funcionam de acordo com a ESF são chamadas Clínicas da Família (CF).

[4] Os nomes de profissionais de saúde e pacientes foram protegidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONET, O. A. R. Aconselhamento médico e Diversidade Cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003, p. 129-144.

BONET, O. A. R. *et al.* Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. In: Roseni Pinheiro; Paulo Henrique Martins. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. 1ed. Recife, Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ; Editora UFPE; ABRASCO, 2009, v. 1, p. 241-250.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis, Vozes, 1997

SILVA, R.V.B. *et al.* Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R.A (Orgs). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, Hucitec, 2004. p.75-90.

Recebido em 22 de julho de 2013

Aprovado em 13 de dezembro de 2013