

Agentes Comunitários de Saúde e o cuidado de quem cuida: trabalho e subjetividade(s)

Community Health Agents and the care of caregivers: work and subjectivity(ies)

Agentes Comunitarios de Salud y la atención de quienes los cuidan: trabajo y subjetividad(es)

Adriana Kelly Santos¹ , Erica Toledo de Mendonça² 

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade Federal de Viçosa, Campus Universitário, Viçosa, MG.

Resumo

No biênio 2011-2012, desenvolvemos a oficina “Cuidado de si e do outro no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)”, destinada à formação e intervenção na rotina laboral dos ACS. Professores e alunos do curso de Medicina de uma universidade pública em Minas Gerais discutiram, no âmbito da oficina, de que modo a criação de espaços de fala demonstrou que o acolhimento para com aquele que cuida é essencial na prática dos ACS. A perspectiva socioanalítica adotada orientou a observação direta das atividades feitas por ACS mulheres, as reuniões de equipe voltadas para uma reflexão teórico-metodológica e a realização da oficina conforme eixos temáticos: Cuidado de Si, Trabalho em Equipe e Conteúdos Técnicos. A partir disso, tecemos cartografias do território geográfico, político e social, conhecemos as trajetórias de vida das ACS e identificamos que a vinculação entre trabalho e subjetividade permitiu a elas, aos alunos e aos professores o exercício da escuta de si e do outro e a vivência do cuidado como trabalho. Concluímos que a oficina se tornou espaço de formação política e gerou modificações no cotidiano das ACS envolvidas.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Saúde do Trabalhador; Socioanálise; Cuidado Centrado no Paciente

Abstract

Between the years 2011-2012, we developed the workshop “The self-care and care of the others in the work of the Community Health Agents (CHA)” aimed at training and intervention in the work of the CHA. Teachers and students of the medical course of a public university in Minas Gerais sought to discuss how the creation of spaces of speech demonstrate that welcoming and caring for those who care is essential in the practice of the CHA. The socio-analysis perspective adopted guided the direct observation of the activities carried out by women CHA, the team meetings focused on a theoretical-methodological reflection and the realization of the workshop according to thematic axes: Self-Care, Teamwork and Technical Contents. From this, we made cartographies of the geographic, political and social territory, we know the life trajectories of the CHA and we identify that the link between work and subjectivity allowed CHA, students and teachers to exercise listening to themselves and the other and the experience of care as work. We concluded that the workshop has become a space for political formation and generated changes in the daily life of the CHA involved.

Keywords: Community Health Workers; Occupational Health; Socio-analysis; Patient-Centered Care

Como citar: Santos AK, Mendonça ET. Agentes Comunitários de Saúde e o cuidado de quem cuida: trabalho e subjetividade(s). Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2118. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2118](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2118)

Autor correspondente:

Adriana Kelly Santos
E-mail: adriana.santos@ioc.fiocruz.br

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (Nº.065/2011 da IFES).

Procedência:

não encomendado

Avaliação por pares:

externa

Recebido em: 26/06/2019.

Aprovado em: 23/05/2020.



Resumen

En el bienio 2011-2012, desarrollamos el taller “Cuidado de sí y del otro en el trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS)”, destinada a la formación e intervención en la rutina laboral de los ACS. Los profesores y alumnos del curso de Medicina de una universidad pública en Minas Gerais discutieron, en el ámbito del taller, de qué modo la creación de espacios de habla demostró que la acogida para el que cuida es esencial en la práctica de los ACS. La perspectiva socio-analítica adoptada orientó la observación directa de las actividades realizadas por ACS mujeres, las reuniones de equipo dirigidas a una reflexión teórico-metodológica y la realización del taller según ejes temáticos: Cuidado de sí, Trabajo en Equipo y Contenidos Técnicos. A partir de eso, teclamos cartografías del territorio geográfico, político y social, conocemos las trayectorias de vida de las ACS e identificamos que la vinculación entre trabajo y subjetividad permitió a ellas, a los alumnos ya los profesores el ejercicio de la escucha de sí y del otro y la vivencia del cuidado como trabajo. Concluimos que el taller se convirtió en espacio de formación política y generó modificaciones en el cotidiano de las ACS involucradas

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud; Salud Laboral; Socio-analítica; Atención Dirigida al Paciente

INTRODUÇÃO

Este artigo discute a experiência da construção de um dispositivo socioanalítico que revelou o cuidado com aquele que cuida como um fator estruturante no cotidiano de trabalho de duas equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O processo empreendido teve como base os princípios teórico-metodológicos da Análise Institucional (AI), ancorando-se no método da socioanálise. Este método visa construir com o coletivo de trabalhadores(as) um “dispositivo de análise social coletiva”,¹ de maneira a evidenciar as “relações de poder e saber entre os indivíduos e as instituições”, as quais, em geral, são expressas “mediante tensões, conflitos e mal-entendidos”.² A literatura revela que o emprego da socioanálise para a análise-intervenção do processo de trabalho em saúde permite que o coletivo de trabalhadores(as) problematize os elementos que são fontes de sofrimento-adoecimento e geradores de cuidado à saúde.³

A partir da articulação ensino-serviço-comunidade, como docente do curso de medicina de uma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES), na ocasião do estudo, foi possível observar que: a inserção dos alunos nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), desde o primeiro ciclo do curso, era alvo de resistência por parte da comunidade acadêmica e dos trabalhadores destes serviços. Esta constatação evidenciou a necessidade de investir na formação técnica e política dos atores envolvidos na coordenação do cuidado na ESF, tendo em vista que a formação de trabalhadores é uma ação política que contribui para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS).^{4,5} A partir da presença ativa dos alunos, professores e ACS nas diversas etapas da formação-intervenção empreendida, buscou-se por meio dos vínculos construídos entre estes sujeitos “desencadear uma positividade nos trabalhadores para inventarem a mudança no serviço de saúde”.⁶

A coordenação do cuidado na ESF requer dos trabalhadores um conhecimento técnico-político voltado para a análise e intervenção dos determinantes sociais no processo saúde-doença, uma vez que todos os profissionais são corresponsáveis pela integralidade e longitudinalidade do cuidado da família em seu território.^{7,8} Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS o acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas para a coordenação do cuidado na ESF, sendo um dos elementos responsáveis pela articulação do sistema de referência e contrarreferência da rede de saúde e pela construção do vínculo entre os profissionais e a comunidade.^{7,8,9,10} Para Garuzi et al.⁹ o acolhimento pode ser entendido a partir de duas acepções:

“a primeira considera o acolhimento um dispositivo capaz de reorganizar a atenção à saúde visando ao atendimento da demanda espontânea, o incremento do acesso e a humanização das práticas em saúde; a segunda vê o acolhimento como uma postura perante o usuário, numa dimensão relacional.” (2014, p. 148)

À luz desse referencial, neste estudo, o acolhimento-cuidado foram considerados vetores do dispositivo de formação-intervenção de maneira a possibilitar o entendimento das relações entre trabalho, saúde e subjetividade vivenciadas por ACS. Sob este prisma, o artigo ora apresentado, retoma os principais achados dessa experiência e ressalta a relevância do cuidado com aquele que cuida no contexto da formação de profissionais da ESF, em especial de ACS.

MÉTODOS

A formação-intervenção descrita integra um dos eixos de um projeto de pesquisa e extensão de abordagem qualitativa, com enfoques da socioanálise^{2,3,11} e da comunicação na saúde do trabalhador,¹² destinado à investigação de práticas comunicativas entre ACS que visam ao acolhimento e ao cuidado. Este estudo não apresenta nenhum conflito de interesse e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (Nº.065/2011 da IFES). A formação-intervenção aconteceu entre os anos de 2011 e 2012 nas instalações de uma unidade da ESF e da IFES, ambas situadas em um município da Zona da Mata mineira.

A primeira etapa da pesquisa, iniciada no primeiro semestre de 2011, consistiu na composição da equipe de pesquisa e na escolha do local do estudo. Primeiramente, foi composta a equipe de pesquisa, que levou em conta a multidisciplinaridade na formação profissional e a inserção na realidade local. Desse modo, a equipe foi constituída: 1) por docentes dos cursos de Medicina e Enfermagem que atuavam em disciplinas destinadas à inserção de alunos nos serviços da Atenção Básica, uma professora com formação em Psicologia e outra em Enfermagem; 2) por um profissional de nível técnico superior da IFES, médico, com residência em Medicina da Família e Comunidade, responsável pela preceptoria dos alunos da ESF no município. Este profissional atuou como médico, por mais três anos, na unidade onde foi realizado este estudo; 3) por oito alunos (três homens e cinco mulheres) que cursavam o 3º e o 4º períodos de Medicina e uma aluna do 5º período de Enfermagem; 4) por doze ACS, todas mulheres. A escolha por essa categoria profissional decorreu da demanda formulada pelo grupo de ACS, acerca da necessidade de capacitação sobre abordagens comunicativas no acolhimento-cuidado.

Na escolha do local de estudo, levou-se em conta a articulação ensino-serviço-comunidade, sendo escolhida a unidade que abrigava o projeto de pesquisa e extensão supracitado e era cenário de prática das disciplinas do primeiro ciclo do curso de medicina. Além disso, foi considerado o fato da unidade estar situada em um bairro de periferia, com concentração de pobreza e drogas, o que demanda dos profissionais uma atuação e uma formação orientadas para a redução das desigualdades e vulnerabilidades sociais.

A segunda etapa do processo de formação-intervenção começou em agosto de 2011 e terminou em dezembro de 2012. Esse momento foi dedicado à construção do dispositivo socioanalítico que consistiu na supervisão da equipe, na análise e devolutiva da demanda e na realização da oficina “Cuidado de si e do outro no trabalho dos ACS”, como descrito nos resultados. Cada uma destas etapas foi executada como previsto e avaliadas processualmente. Ainda nessa etapa, procedeu-se ao registro das informações coletadas nos diários de campo individuais, sendo identificados: data, assunto discutido, relações teórico-práticas estabelecidas as falas dos participantes (ACS, enfermeiros, professores e alunos).

Na análise dos diários de campo empregamos a leitura, na íntegra, do conjunto de textos, levantamos os temas recorrentes, classificamos as categorias empíricas no cotejamento com as categorias teóricas

e, por último, identificamos as unidades temáticas que explicitam o acolhimento e o cuidado no cotidiano de trabalho dos ACS. Desse procedimento foram sistematizados os temas que organizam o conjunto de representações e experiências sobre acolhimento, sendo elencados aquelas relacionadas às dimensões subjetivas do cuidado (vínculo). As falas dos participantes foram indicadas entre aspas, sendo mencionada a categoria profissional que está em evidência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Formulação da demanda, análise e devolutiva: diálogo entre trabalhadores

No processo de formação-intervenção experimentado por meio do dispositivo socioanalítico construído ao longo de dois anos, apostamos no ato de pesquisar com o outro.² Para tal mobilizamos a participação do coletivo de trabalhadores(as) (ACS, alunos e professores) na problematização das práticas cotidianas de acolhimento e cuidado na ESF. Em um dos vértices desse dispositivo situamos a atividade de supervisão, caracterizada como espaço de análise dos vínculos afetivos, libidinais, ideológicos e de reflexão teórico-metodológica;^{2,11} logo, um momento singular na experiência de formação de alunos e professores. Como previsto na metodologia da socioanálise para a dinâmica de supervisão, foi definido qual membro da equipe que ocuparia o lugar do terceiro,¹¹ cuja função é exercida por um profissional cujo saber transita entre o discurso teórico-prático. Esse papel foi exercido pelo médico, considerando as características indicadas na seção da metodologia. Nesse movimento de estar entre o ensino e o serviço, suas ponderações auxiliaram na análise e mediação de conflitos e no assessoramento das atividades.

A supervisão foi iniciada no primeiro semestre de 2011. Os encontros semanais de duas horas aconteceram na universidade e concomitantemente aos momentos dedicados à análise da demanda e devolutiva e à oficina. Nesse espaço, aprendemos sobre análise institucional,¹ socioanálise,^{1,2,3,11} etnografia,¹³ estudos de linguagem,¹⁴ além de humanização do cuidado e do acolhimento na ESF.^{7,8,9,15} No cotejamento com a literatura e a reflexão sobre o as atividades de campo, elaboramos as ferramentas metodológicas da intervenção, seguindo o percurso: análise dos registros dos diários de campo para a identificação dos elementos instituídos no trabalho das ACS; seleção das temáticas dos encontros, segundo as categorias empíricas estabelecidas; elaboração dos recursos pedagógicos desenvolvidos, entre eles, dinâmicas, rodas de conversa, exposição dialogada, preparação de textos sobre casos clínicos e narrativas de pacientes; produção acadêmica (relatórios técnicos e resumos científicos).

A partir desse diálogo teórico-prático identificamos alguns dos elementos instituídos na formação médica, entre eles, a socialização e a hegemonia da racionalidade biomédica como base do ensino médico, o que se reflete na prática. Observamos, na unidade investigada, que a organização do acolhimento está ancorada nesse paradigma, na medida em que reforça a centralidade do médico no cuidado do paciente, a despeito de o modelo da ESF preconizar a atuação multiprofissional e a abordagem integral na atenção à saúde das famílias.^{8,9,10} Em nossos encontros problematizamos a responsabilidade sociopolítica dos alunos e professores de repensar esse modelo de ensino centrado na tecnomedicina, refletindo sobre a valorização das tecnologias leves (vínculos e afetos que organizam o processo de trabalho) na formação médica e dos trabalhadores da ESF.⁷

Como colocado pelo médico da nossa equipe: “em nosso processo de ensino-aprendizagem existem muitos desafios a serem enfrentados, sendo a necessidade de aprender juntos o mais crucial deles”. Sob o olhar socioanalítico, consideramos essa fala um analisador, isto é, aquilo que desvenda a estrutura da instituição, no sentido de provocá-la a falar.¹¹ Nesse intuito, ao longo dos encontros de supervisão, a visada micropolítica empreendida provocou o diálogo sobre os paradigmas instituídos na formação médica e na organização do trabalho em saúde. E também mobilizou o reposicionamento de alunos e professores nas relações laborais construídas ao longo da intervenção.

Análise da demanda e devolutiva

Em agosto de 2011, na aposta de provocar o diálogo no cotidiano de trabalho das ACS, iniciamos a fase da análise da demanda por meio da apresentação do objetivo de nossa pesquisa-intervenção: construir um dispositivo socioanalítico focado no cuidado com aquele que cuida, no caso, as ACS. Em meio a olhares desconfiados e ao silêncio do grupo, emergiram algumas perguntas: “para que esse projeto vai servir?”, “o que temos que fazer?”, “somos obrigadas a participar?” e “vai ser mais uma coisa na nossa rotina, mais um trabalho?”.

Esclarecemos que o trabalho consistiria na supervisão da equipe, na análise da demanda e devolutiva e, por último, na intervenção. Detalhamos essas etapas e a duração prevista, bem como a metodologia participativa que ancorava o trabalho. Asseguramos a liberdade de participar ou não do projeto. Feitas tais considerações, as ACS responderam positivamente à proposta e condicionaram a continuidade da intervenção à devolutiva do primeiro momento. Consideramos que o posicionamento das agentes revelou o exercício da autonomia, elemento necessário à autogestão do grupo, sendo esse um dos princípios da análise institucional empregada.^{1,2,3,11}

Para a análise da demanda foram acompanhadas as visitas domiciliares, os atendimentos na recepção da unidade e as reuniões de equipe. Nesses espaços observamos os processos interacionais (gestos, olhares, silêncios, conversas) e as relações no grupo (hierarquias, proximidades, conflitos); mapeamos o funcionamento da unidade (horário de atendimento, serviços existentes, articulação com os equipamentos sociais do território) e as atividades que organizavam o acolhimento e cuidado no trabalho das ACS.

A partir dessa imersão, levantamos alguns analisadores do acolhimento, entre eles, o vínculo entre as ACS, os conflitos nas relações de trabalho e a dificuldade na abordagem comunicativa durante a visita domiciliar (VD). Ao questionarmos esses analisadores junto às ACS, a visão delas foi a de que a relação interpessoal é um dos nós na produção do cuidado e, apesar de os profissionais da gestão conhecerem as situações, nenhum investimento é feito nessa dimensão do trabalho. Nas capacitações técnicas não são abordados temas relacionados a subjetividade, aos conflitos interpessoais e às habilidades comunicacionais necessárias às atividades das ACS, como disse uma das agentes: “se aprende fazendo, na prática”.

Em termos de organização do acolhimento-cuidado, ficaram evidentes os analisadores relativos ao acúmulo de tarefas administrativas, à desarticulação da referência e contrarreferência e à necessidade de qualificação técnica sobre câncer, sexualidade, drogas, saúde mental e o trabalho com adolescentes. Segundo as agentes, esses fatores acentuam os conflitos entre os profissionais da equipe e impactam negativamente a integralidade do cuidado; por isso, na concepção delas, é preciso aprender a construir a corresponsabilidade. Foi discutido por todos que tal situação, aliada à ausência de um espaço institucionalizado de educação-formação, produz a precariedade dos vínculos entre os profissionais de saúde, e entre eles e a comunidade.

Como parte da etapa da devolutiva, apoiados no princípio da análise da implicação, construímos em nossa intervenção a corresponsabilidade no cuidado. Nesse intuito, explicamos que o segundo momento da intervenção exigiria a análise permanente de nossas práticas, tendo em vista a impossibilidade de neutralidade nas escolhas. Ressaltamos, a necessidade de compreendê-las a partir de implicações, pertencimentos e atravessamentos. Uma vez que “a implicação é o efeito nas nossas maneiras de perceber, de pensar e de nos comportar, de uma multiplicidade de pertencimentos, presentes, passados e futuros, que se atualizam, sem que a gente saiba, numa situação dada”.¹¹

No ato de pesquisar com o outro e colocar em prática esse princípio, compartilhamos as análises construídas por nós (professores e alunos) no momento da supervisão. Expusemos a dificuldade de conciliar o trabalho na unidade com as rotinas acadêmicas, o que causou um impacto negativo no tempo dedicado às atividades de campo e à sistematização das leituras demandadas ao longo das observações. Falamos também de nossa insegurança frente à pouca receptividade das agentes à proposta de intervenção, o que gerou vontade de desistir. Mas o diálogo entre a equipe e a clareza de nosso propósito – aprender juntos – contribuíram para refletir sobre esse sentimento e afirmar o desejo de prosseguir.

Tal intervenção foi feita no sentido de criar um espaço de fala e de escuta, demonstrando o investimento afetivo e libidinal que sustentava o trabalho de formação empreendido. Explicitar tais reflexões produziu no grupo de ACS uma abertura para o diálogo, como mostram os relatos a seguir: “é a primeira vez aqui na unidade que uma pesquisa pensa na gente”; “e dá o retorno do que se está estudando e envolve a gente no processo”. Com base nessa devolutiva, definimos consensualmente pela continuidade do trabalho e construímos, coletivamente, a demanda de intervenção, a qual seja: discutir em que medida a dinâmica da organização do trabalho, no que diz respeito aos conflitos de equipe e às hierarquias instituídas, potencializa ou fragiliza o acolhimento e o cuidado no trabalho das ACS.

Oficina “Cuidado de si e do outro no trabalho do ACS”

Iniciamos a oficina no primeiro semestre de 2012, explicando às ACS que essa etapa consistia na criação de um espaço de educação permanente que prioriza o cuidado como trabalho, abarcando os aspectos relacionais e organizativos do acolhimento-cuidado. Elencamos os eixos por meio dos quais as dimensões culturais, subjetivas e técnicas que constituem o trabalho dos ACS seriam discutidas: Cuidado de Si, Trabalho em Equipe e Conteúdos Técnicos (Quadro 1).

Feita essa apresentação, definimos, coletivamente, as regras de funcionamento da oficina, estabelecendo que os encontros de supervisão ocorreriam semanalmente, com duração de duas horas, na universidade. E os encontros destinados à oficina aconteceriam quinzenalmente, durante um dos turnos e no horário de trabalho, contando com a presença de ACS de duas equipes e, quando necessário, com os demais profissionais. Com o propósito de sustentar os espaços de fala, de escuta e de produção de vínculo acordamos a regra da livre expressão, isto é, de dizer livremente o que vier à mente.^{7,11} Para operacionalizar essa experiência dialógica propomos as questões disparadoras: “Ser ACS é...”; “O que é necessário pensar, conhecer e fazer no trabalho do ACS?”; “As pessoas escutam o que eu digo?”. Tais perguntas foram refletidas por meio de vivências, dinâmicas, leitura de textos de diversos gêneros (acadêmicos, pedagógicos, literários, poéticos), exposição de vídeos e slides (Quadro 1).

Quadro 1. Vivências construídas pelo coletivo de trabalhadores no dispositivo socioanalítico.

Eixos	Temas das oficinas	Atividades	Produtos/efeitos produzidos
Cuidado de Si	Biografia: histórias de vida e suas relações com a escolha profissional;	Dinâmica dos balões: memórias de si;	Painel integrado: características pessoais, valores humanos;
	Saúde e beleza: a mulher e o cuidado de si;	Slides, pinça e kit de beleza;	Análise sobre visão prescritiva do cuidado;
Trabalho em Equipe	Grupo: confiança e aprendizagem.	Dinâmica: quadrado exclusão e inclusão.	Contrato da convivência em grupo.
	A equipe em construção e o trabalho de ACS: ser, pensar e viver;	Leitura dialogada do texto: equipe em construção;	Construção do documentário <i>Agentes em ação</i> : olhar do coletivo de trabalhadores;
	O caso Violeta: a comunicação interpessoal no acolhimento e cuidado;	Leitura e discussão do caso Violeta;	
	Saúde mental e o caso Estamira: a escuta como condição para o cuidado;	Exposição do documentário <i>Estamira</i> ;	Análise e construção coletiva da intervenção intersectorial em Saúde mental – <i>Juntando os nós do acolhimento: história de um catador de lixo e sua família</i> .
Esporte, Saúde e Trabalho I e II: a convivência em equipe.	Dinâmicas: corrente e seus elos/ vinhetas de competições esportivas.		
Conteúdos Técnicos	Acolhimento e cuidado na gestação;	Discussão de casos clínicos;	Realização da Feira de Saúde: o saber, o comunicar e o agir comunitário;
	Cuidados emergenciais na ESF;	Simulação: primeiros socorros;	Na fábrica com os trabalhadores: orientação sobre riscos de acidentes domésticos;
	Representações sobre câncer I, II e III: subsídios para o rastreamento e o cuidado paliativo;	Desenho sobre representação da doença, discussão de casos acompanhados na VD, slides sobre a doença;	Participação no I Encontro de Intercâmbio Projetos de Extensão – Psicologia/UFF/Volta Redonda e Medicina/ UFV): “Formação de trabalhadores da saúde: cuidado de si e do outro nas práticas de saúde”.
	Práticas de comunicação/ educação em saúde.	Análise de materiais educativos existentes na unidade.	

A presença e a convivência diária com as agentes favoreceram a abertura de um espaço de fala pautado no respeito mútuo, na escuta atenta e sigilosa. Como efeito desse trabalho subjetivo, compreendemos as percepções das agentes em relação a ser ACS e aos elementos que forjaram a escolha por essa profissão/trabalho. Conhecemos as histórias de vida das doze mulheres, cuja idade variava entre 20 e 30 anos. Em relação à escolaridade, todas haviam cursado o 2º grau, duas mencionaram o desejo de continuar os estudos, referindo-se às profissões de enfermeira e esteticista, uma estava na graduação de Geografia e outra na de Pedagogia.

As agentes relataram que desde a infância residem no bairro onde situa-se a unidade, ali cresceram e constituíram família, sendo a maioria casada e com filhos. Apenas duas eram solteiras. Para elas a família é a base de suas vidas. Todas lembraram as brincadeiras infantis e como, em geral, estavam associadas a pequenos afazeres domésticos, como dito por uma agente: “Gostava de buscar lenha, água, socar feijão no pilão”. Na visão delas essas brincadeiras também eram um modo de ajudar os pais. Estas interpretações mostram como o trabalho entrelaça afeto, cuidado e memória, por isso, sua dimensão cultural e simbólica constitui o modo de existência e subsistência material dos sujeitos.¹⁶

Para as agentes, a vinculação entre trabalho e cuidado era um valor cultivado em suas famílias, neste aspecto recordaram alguns fatos que marcaram a infância e a juventude: “Meu pai era alcoólatra. Minha mãe era muito guerreira, trabalhava muito [...] eu ajudava a cuidar de meus irmãos”. Outra agente comentou: “meu pai também era alcoólatra e minha mãe era uma pessoa forte, porém muito sofrida. O sofrimento dela nos fez

ficar muito unidos”. Partilhar essas lembranças mobilizou emoções. Ao mesmo tempo permitiu a percepção de que o cuidado está presente na vida de cada uma, sendo interpretado como uma responsabilidade aprendida ainda na infância – “em minha vida, sempre cuidei do outro” ou “levo essa responsabilidade dentro de mim”.

Consideramos que tais memórias reatualizam o ideal de ser uma mulher que cuida e protege. Vemos que de um lado, essa idealização é dada através da internalização de padrões heteronormativos (comportamentos esperados/cultivados para homens e mulheres) socialmente construídos. Por outro, é a partir desse “ideal de eu” que cada uma delas, a seu modo, alinham cuidado, responsabilidade e trabalho. Essa inscrição forja, simultaneamente, a identificação com o ideal de uma profissão direcionada para o cuidado humano - enfermeira, esteticista, professora - e a experiência vivida no presente de tornar-se ACS. Discutimos estes aspectos no grupo, ficando nítido que a profissão de ACS é permeada por essas dimensões. Como exemplo, foi lembrada à premissa teórica “de que o ACS é o elo com a comunidade”.^{8,9,10} Para elas, “ser o elo”, representa construir “vínculo” e “ser responsável pelo cuidado”.

Desta perspectiva, a dimensão do acolhimento-cuidado como elemento de produção de vínculo é o que articula afeto e trabalho na experiência de ser ACS. Refletimos ainda que o trabalho é central na vida dessas mulheres, ou seja, é o que permite a possibilidade de realização pessoal e de sustentabilidade da vida material. Em seus relatos, as ACS elencaram outras motivações para a inserção nesta atividade laboral: a proximidade domiciliar, a oportunidade de inserção no mercado formal para complementar a renda familiar, o acesso à saúde e a oportunidade de investimento educacional. O que também foi identificado em outros estudos sobre a trajetória de ACS e sua escolha profissional.¹⁰

Numa perspectiva dialógica, elas falaram sobre si, ressaltando suas características pessoais - persistentes, sinceras, prestativas, atenciosas, educadas, calmas, tímidas, impacientes, intolerantes e terem medo de falar. As agentes mencionaram que tais características, muitas vezes, geram impasses nas relações interpessoais (família, amigos e trabalho) difíceis de serem contornados. Este exercício de escutar-falar sobre si permitiu a cada uma das integrantes do grupo colocar-se no lugar da outra, numa perspectiva de abrir-se para a escuta daquilo que não se sabe e não se compreende. Segundo as agentes, as falas de cada uma delas contribuíram para uma maior aproximação entre elas, como expresso nas narrativas: “a gente pôde falar, pôde expor sem cobrança, a gente conversou de igual para igual”; “pôde confiar” e “devo ser sincera com todos vocês: vim bastante desanimada para a atividade, estou meio distante do PSF, mas isso, o que ocorreu aqui hoje, me animou muito. Quero anotar algumas coisas para levar para minha vida pessoal, dentro da minha casa e para a minha vida profissional”.

A aposta metodológica de vivenciar o exercício da escuta-fala no sentido de abertura ao encontro com o outro revelou-se como um ponto de aprendizagem-prática para a produção do acolhimento-cuidado no trabalho das ACS. Na direção de aprofundar tal leitura, dialogamos sobre o que elas consideravam fundamental no convívio com o outro e na profissão de ACS. As expressões destacadas foram: compreensão, solidariedade, busca do entendimento, sabedoria, humildade, sinceridade, honestidade, coragem, calma, atenção, educação, amizade e carinho. Contudo, realçaram que as relações no grupo têm sido balizadas por falsidade, egoísmo, orgulho, violência e “fofoca”. Explicitaram ainda, que “a falta de confiança entre elas” era um dos elementos geradores de conflitos. Neste contexto, expusemos a questão:

ACS: Você não vê que as pessoas estão faltando, que elas ficam lá no grupo apáticas e que nada do que falamos é feito na prática? Fico triste porque reconheço a dedicação e a paciência de vocês com a gente. **Professora:** Sim, nós observamos isso, mas precisamos entender o que está acontecendo. **ACS:** Acho que no fundo temos dificuldade de falar umas com as outras e não temos coragem de falar isso. Então fica aquele clima falso. A gente reproduz entre nós a ignorância, a falsidade e a falta de cuidado que as pessoas têm com a gente no trabalho. É triste. **Professora:** Vamos falar isso no grupo?

No movimento de dar “lugar ao conflito”, “escutá-lo e fazê-lo falar”, analisamos coletivamente o que estava na base dessa resistência, ficando claro o quanto “era difícil falar sobre os conflitos interpessoais” e que esse “silêncio produzia falta de respeito entre elas” e “maus-tratos”. Segundo as ACS, os conflitos interpessoais, muitas vezes velados, têm gerado desentendimentos e desmotivação no trabalho, o que assevera o desejo de mudar de emprego. O exercício de escutar-falar sobre esses “nós” possibilitou a interpretação de que a falta de confiança entre elas é um elemento que fragiliza o acolhimento-cuidado.

A “restituição do vivido”² permitiu esclarecer os “mal-entendidos” e compreender que o mal-estar vivido nas interações, em certa medida, é também acentuado pela ausência de um espaço institucionalizado para o grupo refletir sobre o cotidiano de trabalho.^{2,11} Essa situação foi associada à pouca valorização do trabalho do ACS, também expressa na baixa remuneração, na falta de estabilidade e no pouco reconhecimento de outras categorias profissionais.^{8,10,17} A esse respeito, uma das agentes disse: “sabemos que não tem ninguém mais importante que ninguém, apesar de terem ocupações que não são observadas e valorizadas, como os ACS”. A desqualificação do trabalho do ACS foi reconhecida como um elemento que fragiliza os vínculos, como afirma uma das ACS: “a gente precisa e quer isso, ser escutado também!”.

Nesse ponto, uma das agentes relembra à época que o médico, integrante da equipe de pesquisa, pertencia ao quadro da unidade: “a gente tinha reunião, ele vinha e debatia com a gente, orientava. Era bacana. Éramos tratadas como profissionais, podíamos fazer anotações das VD no prontuário, como qualquer um da equipe, agora não. Fomos proibidas”. Essa distância entre os profissionais faz com que as informações “fiquem muito soltas” e “fragmentadas”, conforme observado. Em geral, os enfermeiros são os profissionais de referência para elas; os médicos e os dentistas frequentemente não estão disponíveis, “é impossível conversar” porque “eles ficam envolvidos somente com as consultas”, disse uma das ACS. Frente a isso, foi reforçado a necessidade de retomada das reuniões de equipe com a finalidade de construir o trabalho multiprofissional, orientado para a gestão corresponsável do acolhimento-cuidado.¹⁰

Associado a essa fragmentação nas relações hierárquicas, o funcionamento inadequado do sistema de referência e contrarreferência dos atendimentos (exames laboratoriais, de imagem, consultas médicas, psicológicas, fisioterapêuticas, fonoaudiológica, etc.) gera graves impedimentos para o acolhimento. Muitas vezes, segundo as agentes, a deficiência da gestão recai sobre elas e “aqui vivemos no sufoco, apagando incêndio porque não tem vaga para nada, a coisa nem é culpa sua e a pessoa vem reclamar com a gente”, disse uma delas. Outra complementa: “não é na casa deles [médicos e enfermeiros] que o pessoal vai bater domingo depois da missa”, e indaga: “que atenção integral é essa, que cabe a uma ponta do processo responder por isso?”

A desarticulação da rede de saúde é apontada nos estudos de Garuzi et al.⁹ e Moysés,¹⁰ como um dos nós para o acolhimento, o que, em nosso estudo, foi ratificado. Diante dessa desarticulação da rede

e dos profissionais, as agentes relataram que tentam fazer o melhor no trabalho e procuram atender a todas as demandas e cumprir as atividades delegadas. As exigências institucionais, aliadas à sobrecarga de trabalho, reforçam a percepção das agentes frente ao ideal de “super-herói/óina”, frequentemente atribuído a essa categoria profissional.¹⁷ É comum no cotidiano de trabalho das agentes a realização de tarefas fora de suas funções como, por exemplo, as atividades administrativas internas (atendimento na recepção da unidade, preenchimento de fichas de produtividade/consolidados) e externas (agendamento de consultas e exames ambulatoriais, busca de medicamentos, acompanhamento de pacientes às consultas de especialidades).

A “super-heroição”¹⁷ do ACS foi colocada em xeque frente à constatação da impossibilidade de se resolverem os problemas, o que se liga ao sentimento de impotência no trabalho: “nos sentimos sozinhas”, “cada um por si”, disseram. Para elas essa sobrecarga contribui para o adoecimento, com manifestação de ansiedade, alteração do sono e fadiga. As frustrações, o sentimento de isolamento e a falta de reconhecimento provocam o sofrimento psíquico e o dano à saúde das ACS.^{17,18} Além disso, impedem o acolhimento-cuidado, pois, na fala de uma delas, “como cuidar do outro se não somos cuidados e acolhidos?”. Essa questão não deixa dúvida acerca dos efeitos de uma reflexão sobre o cuidado com aquele que cuida, gerada no processo de formação-intervenção desenvolvido.

Diante do sentimento de desamparo e impotência, as agentes resgataram as lembranças de quando iniciaram o trabalho na unidade: “naquela época acompanhar a outra na VD era um dos momentos de aprender”, “de receber sugestões e orientações”, “a gente se sentia mais segura com a presença da colega”. A retomada desse ponto foi uma saída para as relações de poder existentes na estrutura organizacional e permitiu o engajamento crítico das ACS do grupo no sentido de reinventar as relações de trabalho. A cumplicidade e a ajuda mútua construídas pela valorização do que cada uma faz e o exercício de “paciência e tolerância com a outra” foram as estratégias usadas para sustentar, coletivamente, um espaço de convivência e de cuidado entre elas. Desse modo, a análise dialética da interrelação trabalho e subjetividade revelou a ética do cuidado de si vivenciada nos encontros, tendo em vista que o cuidado do outro é resultante, primeiro, do cuidado consigo para, depois, agir com o outro.^{15,17}

CONCLUSÕES

O dispositivo socioanalítico construído no processo de formação-intervenção possibilitou às agentes, aos professores e aos alunos refletir e ressignificar as práticas de acolhimento, tendo como horizonte a ética do cuidado na assistência, uma vez que “assistir significa a realização de ações que beneficiem os outros, a partir do reconhecimento do outro como um sujeito autônomo capaz de tomar decisões e de fazer escolhas, isto é, aceitar essas ações”.¹⁹

Nessa acepção, o cuidado com aquele que cuida foi afirmado como uma dimensão intrínseca ao acolhimento, no sentido da valorização do vínculo nas relações de trabalho e da reflexão da responsabilidade de cada profissional na integralidade do cuidado. O aprendizado de metodologias participativas e a utilização de diferentes recursos pedagógicos contextualizado às demandas das ACS resultaram no aprendizado dos conteúdos técnicos discutidos e, sobretudo, na efetiva implicação do grupo (ACS, alunos e professores) nas atividades propostas. Deste modo, vivenciamos a educação permanente fundada na autonomia dos trabalhadores e na formação em serviço de saúde, priorizando a dimensão sociopolítico no ensino médico.^{4,6}

A multidisciplinaridade da equipe e a presença diária nos serviços contribuiu para a vivência da corresponsabilidade no acolhimento-cuidado, favorecendo a compreensão deste como um elemento central na organização da referência e contrarreferência na assistência à saúde e na formação de vínculo entre os profissionais da equipe de saúde e entre eles e a comunidade. Para então concluir, consideramos que nesse processo experimentamos o “cuidado como trabalho”²⁰ e aprendemos que o trabalho das ACS no sentido de prover o acolhimento-cuidado é, precisamente, o espaço de territorialidade(s) e subjetividade(s) onde nada está acabado ou definido, pois, como ensinou Ramminger²⁰, vida e trabalho não se separam.

REFERÊNCIAS

1. L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, org. *Análise institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013.
2. Spagnol CA. A construção de um dispositivo socioanálítico para abordar situações de conflito em equipes de enfermagem. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, org. *Análise institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 333-53.
3. Lourou R. *Análise institucional*. Petrópolis: Vozes; 1996.
4. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 9 nov 2001: Seção 1: 38.
5. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 13 fev 2004: Seção 1.
6. Lemos CLS. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(3):913-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>
7. Merhy EE. *A cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
8. Assis MMA. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA; 2010.
9. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(2):144-9.
10. Moysés SJ. A Saúde da Família do Brasil e seus agentes. In: Mialhe FL, org. *O agente comunitário de saúde: práticas educativas*. Campinas: Editora da Unicamp; 2011. p. 50-1.
11. Mourão LC, Luzio CA. A vivência no cotidiano dos serviços de saúde como dispositivo para a formação dos alunos dos cursos de medicina e psicologia. A experiência nos campos da Saúde Coletiva e da saúde mental. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, org. *Análise institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 333-53.
12. Santos AK. *Comunicação e saúde do trabalhador*. Curitiba: Juruá; 2009.
13. Bonet O. Sentindo o saber. Educação da atenção e Medicina de Família. *Horizontes Antropológicos*. 2011 Jul/Dez;21(44):253-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832015000200011>
14. Bakhtin, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec; 2006.
15. Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ/IMS / ABRASCO; 2009.
16. Jardim S, Silva Filho JF. Profissão: identificação e projeto. *Rev Saúde Coletiva* 1996;6(1-2):101-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100005>
17. Lopes DMQ, Colomé-Beck L, Prestes FC, Weiller TH, Colomé SJS, Silva GM. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):633-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300015>
18. Lembo AP, Oliveira AP, Carrelli E. Conversando sobre desgaste mental no trabalho e suas possibilidades de enfrentamento: uma experiência no serviço público municipal de Guarulhos. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2016;41:e12. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000117515>
19. Caponi S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000.
20. Ramminger T. Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. *Mnemosine*. 2008;4(2):68-97.