

Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família*

COOPERATIVE INTERVENTIONS AND THE INTERACTION OF COMMUNITY HEALTH AGENTS WITHIN THE FAMILY HEALTH TEAM

ARTICULACIÓN DE ACCIONES E INTERACCIÓN DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD EN EL EQUIPO DE SALUD DE LA FAMILIA

Karen Namie Sakata¹, Silvana Martins Mishima²

RESUMO

O estudo de abordagem qualitativa teve como objetivo compreender as relações sociais entre o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a equipe de Saúde da Família (SF), nesse sentido, destaca-se a articulação das ações e a interação entre trabalhadores. Foram realizadas 23 observações participativas e 11 entrevistas semiestruturadas com uma equipe de SF em um município do interior de São Paulo, Brasil. Identificou-se que o ACS, como elo, desenvolve ações operacionais para agilizar o trabalho da equipe. Como laços de ligação, desempenham ações articuladas ao trabalho da equipe, interagindo com os trabalhadores, construindo planos assistenciais em comum, aproximando equipe e comunidade, adequando ações de cuidado às necessidades das pessoas. Na prática comunicativa, ao falarem de si, falam da própria comunidade, pois é seu representante e porta-voz na equipe. Concluiu-se que o Agente Comunitário de Saúde pode ser um trabalhador estratégico se suas ações compreenderem uma dimensão mais política e social do trabalho em saúde.

DESCRIPTORIOS

Auxiliares de Saúde Comunitária
Atenção Primária à Saúde
Programa Saúde da Família
Equipe de assistência ao paciente

ABSTRACT

This qualitative study examines the social relationships between the Community Health Agents (CHAs) and the Family Health team (FH), highlighting cooperative interventions and interactions among workers. A total of 23 participant observations and 11 semi-structured interviews were conducted with an FH team in a city in the interior of São Paulo, Brazil. The results revealed that CHAs function as a link in the development of operational actions to expedite teamwork. These professionals, while creating bonds, articulate connections of teamwork and interact with other workers, developing common care plans and bringing the team and community together, as well as adapting care interventions to meet the real needs of people. In communication practice, when talking about themselves they talk about the community itself because they are the community's representatives and spokespersons on the team. The conclusion is that the CHA may be a strategic worker if his/her actions include more political and social dimensions of work in healthcare.

DESCRIPTORS

Community Health Aides
Primary Health Care
Family Health Program
Patient care team

RESUMEN

Estudio cualitativo que objetivó comprender las relaciones sociales entre el Agente Comunitario de Salud (ACS) y el equipo de Salud de la Familia (SF), destacando la articulación de acciones e interacción entre trabajadores. Se realizaron 23 observaciones participativas y 11 entrevistas semiestructuradas con un equipo de SF en municipio del interior de São Paulo-Brasil. Se determinó que el ACS como eslabón desarrolla acciones operativas para agilizar el trabajo del equipo. Como lazos de comunicación desempeñan acciones articuladas al trabajo del equipo, interactuando con los trabajadores, determinando planes asistenciales en común, aproximando equipo y comunidad, adecuando acciones de atención a necesidades de las personas. En la práctica comunicativa, al hablar de sí, hablan de la propia comunidad, pues sus representantes y portavoces en el equipo. Se concluye en que el ACS puede ser un trabajador estratégico si sus acciones comprenden una dimensión más política y social del trabajo en salud.

DESCRIPTORIOS

Auxiliares de Salud Comunitaria
Atención Primaria de Salud
Programa de Salud Familiar
Grupo de atención al paciente

* Extraído da dissertação "A inserção do Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009. ¹ Enfermeira. Mestre pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Especialista em Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. karen.namie.sakata@gmail.com ² Enfermeira. Professora Titular do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smishima@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Na década de 70, com a diminuição do ritmo de crescimento da economia internacional, configura-se uma crise mundial de dimensões financeira, política e ideológica. Há a instituição de uma nova ordem conhecida pelos processos de *globalização da economia* e pela hegemonia das propostas neoliberais para a orientação das políticas econômicas com reflexos para a área social. No contexto da saúde, em resposta ao quadro de crise e à necessidade de se ampliar as possibilidades de cobertura assistencial aos menos favorecidos, é realizada, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na qual foi elaborada a Declaração de Alma-Ata. Esta apontou como principal meta para os países, o alcance por todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Esta meta ficou conhecida como Saúde para Todos no ano 2000 e teve como estratégia para o seu cumprimento a Atenção Primária à Saúde (APS)⁽¹⁾.

Cerca de 30 anos após a Conferência, as metas e os resultados propostos não foram ainda completamente atingidos e novos desafios estão sendo lançados. Assim, em todo o mundo vem sendo empreendida uma revisão teórica e prática da Atenção Primária à Saúde (APS), refletindo criticamente acerca das necessidades de saúde e do desenvolvimento das pessoas, visando à elaboração de um conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) renovada. Na Atenção Primária à Saúde (APS) renovada destaca-se o estabelecimento de valores, princípios e elementos essenciais, sendo a equidade e a solidariedade aspectos a serem perseguidos. Na abordagem da Atenção Primária à Saúde (APS) renovada pretende-se orientar a transformação dos sistemas de saúde com sólidas bases legais, institucionais e organizacionais e recursos humanos, financeiros e tecnológicos sustentáveis e adequados aos aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos de cada país ou região⁽²⁻³⁾.

No contexto brasileiro, a partir das propostas do Movimento da Reforma Sanitária, foi criado, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, baseado na Atenção Primária à Saúde (APS), é uma forte estrutura legal e política e tem como princípios doutrinários e organizativos: integralidade, universalidade, equidade, resolutividade, descentralização e controle e participação social. No entanto, também enfrenta desafios e limitações para que na prática se constitua em ações efetivas de implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) no país.

Suporte teórico

Várias foram as experiências e propostas no Brasil para a implementação e o fortalecimento do SUS e da Atenção

Primária à Saúde (APS). Atualmente, a Saúde da Família (SF) é tida como a estratégia prioritária para a reorganização da atenção à saúde no país. Na Saúde da Família, o cuidado é realizado por uma equipe multiprofissional composta por um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um médico e até 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁽⁴⁾.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um trabalhador que surge de uma experiência nacional no Estado do Ceará em 1987, atualmente está inserido na equipe de Saúde da Família e, desde julho de 2002, é uma categoria profissional caracterizada pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde⁽⁵⁾. A principal atividade dos Agentes Comunitários de Saúde é a visita domiciliar, seguida da educação em saúde com orientações sobre higiene; calendário vacinal; uso correto de medicamentos; cuidados com recém-nascidos, gestantes e puérperas⁽⁶⁾.

Uma dimensão técnica e uma dimensão política são discutidas acerca da atuação dos agentes. (...) Porém, na atuação prática dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), não há ainda uma síntese dessas duas dimensões, sendo mais explorada uma ou outra de acordo com o contexto no qual está inserido.

Uma dimensão técnica e uma dimensão política são discutidas acerca da atuação dos agentes. A primeira, diz respeito ao atendimento às pessoas e às famílias, à prevenção de agravos e ao monitoramento de grupos ou problemas específicos. A segunda compreende uma proposta de organização da comunidade para transformação das condições de saúde, tendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) uma interpretação mais ético-comunitária como elemento fomentador da organização da comunidade para a cidadania numa perspectiva de transformação social. Porém, na atuação prática dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), não há ainda uma síntese dessas duas dimensões, sendo mais explorada uma ou outra de acordo com o contexto no qual está inserido⁽⁷⁾.

Apesar das dificuldades enfrentadas ele se constitui em um trabalhador com características singulares, pois está em constante contato com as pessoas da comunidade e com os trabalhadores da equipe de saúde. Isso contribui para a mudança do modelo de saúde, uma vez que pode facilitar a comunicação, a troca de informações e a construção de relações de confiança entre esses dois atores. É preciso atentar para que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) não desempenhe ações meramente de informante, mas que seja efetivamente um agente ativo nesse processo⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Associando os saberes e as práticas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a um elo; entendido como parte de uma corrente e uma peça industrializada, rígida, fria e fechada em si mesma; e a um laço; compreendido em uma noção de mobilidade, um laço de fita, um artesanato que pode ser ajustado de acordo com a necessidade, pode ser como o elo da corrente quando apenas veicula informações ou como o laço de fita quando estabelece a interação e o diálogo entre os sujeitos e os seus saberes, unindo comunidade e equipe por meio das relações humanas⁽¹¹⁾.

Ao fazerem parte da equipe de saúde, aspectos positivos e limitações surgem para o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Se por um lado, oportunidades de adquirirem novos conhecimentos, facilidades de acesso aos profissionais e aos serviços de saúde e sentimentos de valorização, pertencimento, auto-estima prestígio e reconhecimento pelo seu trabalho são características positivas; por outro, insatisfações com a capacitação e os treinamentos inadequados, dificuldades de interação e comunicação com os profissionais da equipe e sentimentos de insatisfação, frustração, insegurança, desamparo e desvalorização do trabalho são marcados como limitações^(7, 9,12-13). Considerando que equipe é uma estrutura em constante desestruturação e reestruturação, não significando apenas um conjunto de profissionais trabalhando juntos⁽¹⁴⁾, o objetivo do estudo foi compreender as relações sociais estabelecidas entre o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a equipe de Saúde da Família (SF) a partir do processo de trabalho em equipe na saúde, destacando os aspectos da articulação das ações e da interação entre os trabalhadores.

Distinções são feitas entre equipe agrupamento e equipe integração. Ambas possuem duas dimensões: a das ações e atividades e a dos agentes. Na equipe agrupamento, como explícito na própria denominação, existe apenas o agrupamento de ações e agentes. No entanto, na equipe integração, as ações são articuladas e os agentes estão em interação⁽¹⁵⁾.

A articulação são momentos em que os agentes colocam em evidência as conexões existentes entre as ações e os variados saberes técnicos. A articulação requer que o agente tenha uma atitude consciente e ativa, evidenciando as conexões entre as intervenções técnicas dos vários profissionais e construindo conjuntamente o projeto de intervenção em comum a partir da negociação, do compartilhamento e da solidariedade. A interação “depende das comunicações linguísticas que se tornam familiares”, ou seja, é necessário que haja comunicação, compreensão mútua e entendimento entre os sujeitos para que a interação seja estabelecida⁽¹⁶⁾.

Considerando equipe como uma estrutura em constante desestruturação e reestruturação, o objetivo do estudo foi compreender as relações sociais estabelecidas entre o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a equipe de Saúde da Família (SF) a partir do processo de trabalho em equipe na saúde, destacando os aspectos da articulação das ações e da interação entre os trabalhadores.

MÉTODO

A pesquisa foi de abordagem qualitativa e teve como cenário uma unidade de saúde de um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram todos os membros da equipe de Saúde da Família

(SF) e sua respectiva equipe de Saúde Bucal, ou seja, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma atendente de consultório odontológico, duas auxiliares de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma enfermeira e uma médica, e a gerente da unidade de saúde, totalizando 11 trabalhadores de saúde.

Foram realizadas 23 observações participantes e 11 entrevistas semi-estruturadas, havendo um roteiro específico para a observação participante junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outro, para as entrevistas semi-estruturadas realizadas individualmente com cada trabalhador da equipe de Saúde da Família. O roteiro de observação participante continha dados para contextualização da observação e quatro principais aspectos a serem observados: relativos aos sujeitos, ao desenvolvimento da ação, à complementaridade e interdependência das ações e à interação e comunicação entre os trabalhadores de saúde. O roteiro das entrevistas semi-estruturadas continha a caracterização da entrevista, a caracterização do entrevistado e a entrevista propriamente dita com oito questões norteadoras. Este foi definitivamente elaborado somente após o término das observações que puderam apontar as questões mais pertinentes e relevantes ao estudo. Os registros das observações foram efetuados em um diário de campo e as entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente. O período de realização das observações foi de março a junho de 2008, compreendendo quatro meses, e, das entrevistas foi de julho a agosto de 2008, compreendendo dois meses. O material empírico foi estudado a partir da análise temática⁽¹⁷⁾.

As análises foram realizadas na perspectiva qualitativa de identificação da presença de elementos significativos para construção dos núcleos de sentido. As etapas de exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, apesar de obedecerem a certa contagem de frequência dos núcleos de sentido para elaboração dos temas; foram fundamentadas principalmente na busca por elementos que contemplassem os objetivos da pesquisa ou que fossem capazes de trazer à tona fatos inusitados surgidos do empírico. Os núcleos de sentido identificados foram agrupados nos temas: a história da unidade de saúde e os trabalhadores da equipe de Saúde da Família (SF), o processo de trabalho da equipe e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na equipe de Saúde da Família (SF) na perspectiva da articulação das ações e da interação dos sujeitos, este último sendo mais explorado para a elaboração do presente artigo.

As questões éticas foram baseadas na Resolução número 196 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁸⁾. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob o protocolo de número 0764/2007, autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde e consentido por todos os trabalhadores de saúde que foram sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS

O agente comunitário de saúde como elo

Quando os Agentes Comunitários de Saúde desenvolvem atividades essencialmente operacionais com a finalidade apenas de agilizar o trabalho da equipe e o funcionamento da unidade de saúde, é reforçado o caráter de elo de seu trabalho. Essas atividades dizem respeito aos aspectos técnicos e operacionais do trabalho, como por exemplo, entregar encaminhamentos e enviar recados do serviço de saúde para as pessoas, sem articulação com ações mais integrais de cuidado:

Ah, que nem para entregar um encaminhamento de urgência, levar uma cartinha, chamar a paciente lá para o médico atender agora, dar um recado (...) (Silêncio). Bom, não é serviço da gente, mas a gente faz de boa vontade (entrevista 4, ACS).

Ações articuladas apenas no âmbito da técnica e da operacionalização de atividades podem levar a um entendimento de que o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se restringe às marcações de consultas ou entregas de recados:

Como é um pouco longe, eles [os usuários] querem que você faça para eles. Eles não querem subir até a unidade para fazer. (...) Eu falo assim, marcar consulta, ficar vendo as coisas para eles, depois dando recado, sabe? (entrevista 4, ACS).

De certa forma, essas atividades podem também demonstrar preocupação e cuidado com as singularidades de cada pessoa em situações específicas. No entanto, entregar recados ou marcar consultas de forma mecanizada sem diálogo ou interação entre os sujeitos não deve constituir o foco das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Um trabalho bom é você dedicar e fazer o melhor para resolver o problema da pessoa, porque não adianta você ir lá, levar informação, você só leva informação e sai de lá e pronto. Eu acho que tem que buscar solução também (entrevista 3, ACS).

Ele [o ACS] que vai, quando entra a campanha, ele já notifica *Olha, começou a campanha da prevenção contra a gripe*, aí, é... às vezes ele que traz o cartão de vacina para a gente olhar... para ver se aquele paciente vai fazer, se precisa ou não, né? E a gente marca o dia da campanha que vai ser o dia de ir na casa, é o agente que vai lá, deixa a família já avisada, esperando a gente (entrevista 9, trabalhador de saúde).

O agente comunitário de saúde como laço de ligação

Como laço de ligação, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) parecem desempenhar ações articuladas ao trabalho da equipe de saúde, interagindo com os outros trabalhadores a fim de que seja possibilitado um cuidado integral às

pessoas e famílias da comunidade. Essa dimensão de laço de ligação entre as pessoas e os trabalhadores de saúde se dá pelo fato do Agente Comunitário de Saúde conhecer as pessoas, suas famílias, suas casas e buscar reconhecer suas necessidades. Além disso, ele vive e trabalha no contexto dessa comunidade, entra na casa das pessoas e tem a possibilidade de identificar necessidades que, a princípio, não seriam possíveis de serem reconhecidas no contexto da unidade de saúde. Necessidades estas que extrapolam a doença biológica e podem se configurar em conflitos intra-familiares, violência doméstica, carência de alimento, abuso sexual, negligência infantil, maus tratos a idosos, entre outras. Essas situações são altamente complexas e implicam em um longo caminho até que o Agente Comunitário de Saúde tenha a possibilidade de identificá-las a partir da construção de vínculos com a família e da longitudinalidade da atenção:

A gente está sendo um elo entre a comunidade e os profissionais lá dentro (...). Eu acho ótimo. (...) Porque os profissionais estão sabendo como os pacientes são dentro de casa, com a família, com os filhos... (entrevista 2, ACS).

Ai, eu acho que a gente articula muito, né, com a equipe inteira, se não tiver a equipe inteira, se não tiver o agente para ajudar, você entendeu? Porque cada um vê com um olho diferente, o nosso olho aqui, sabe, para fora da unidade, é real, entendeu? O que a gente passa para eles é real, e eles sabem disso, porque lá dentro eles não sabem o que se passa aqui fora (Silêncio) (entrevista 5, ACS).

Os outros trabalhadores da equipe de Saúde da Família ainda permanecem mais tempo dentro da unidade, restringindo as possibilidades de contato com as pessoas em um ambiente mais favorável e menos institucionalizado como é o domicílio. O Agente Comunitário de Saúde, por sua vez, é o trabalhador que detém as informações mais próximas da realidade de inserção social das pessoas em seu ambiente domiciliar e na comunidade que influenciam no processo saúde-doença-cuidado:

O agente comunitário é aquele elemento, né, aquela pessoa que traz informações que a gente não consegue colher aqui dentro da unidade de saúde (...). O agente vai dentro da casa do paciente, o agente vê se o problema ali é falta de comida, se o problema é falta de higiene... ele já vê um monte de coisas que a gente aqui não tem como saber (entrevista 1, trabalhador de saúde).

Isso parece proporcionar certa segurança e tranquilidade para os outros trabalhadores, porque, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), passam a conhecer melhor as pessoas e o território onde estão trabalhando:

Eles são os nossos braços e os nossos olhos. (...) Isso dá uma tranquilidade para a gente, porque a gente trabalha em um local onde a gente reconhece, sabe o que está acontecendo. É em um chão reconhecido (entrevista 6, trabalhador de saúde).

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como laço ligação significa que ele também faz parte da cons-

trução do plano do cuidado elaborado pela equipe, sua atuação parece acontecer na perspectiva da construção conjunta de um projeto assistencial em comum:

Às vezes, tem uma pessoa que tem uma asma muito grande, passa no médico, vive fazendo aerossol e aquele problema não sara. Só que às vezes nem sempre eles sabem que na casa lá tem gato... tem um monte de tapete, tem cortina, tem cachorro. (...) Aí, a gente geralmente fala *Não, mas lá, oh, é parede úmida, é isso que tem, é isso, é isso* (entrevista 3, ACS).

Aí, eu entrei em contato com a agente comunitária, a agente comunitária me informou tudo, ela falou assim *Essa paciente há tantos anos, já fez fisioterapia em tal local. Assim, assim, assim...*, me contou tudo como é que fazia. Peguei a pasta, vi, vi as duas visitas últimas que a [nome da enfermeira da equipe] tinha feito, os registros tudinho. Então, a agente já sabia de tudo, sabe assim? Achei interessante. Ela [ACS] sabia de tudo que estava acontecendo com aquela paciente. Aí, nós fomos lá na casa dela, fui vê-la, faz uso de oxigenoterapia contínuo, né? Continuamente, é... expliquei direitinho o quê que a gente, né? Por quê que nós estávamos lá. Então, assim, foi muito legal, porque a agente já se comprometeu em tomar determinadas atitudes, né? Quando nós voltamos, eu comentei com ela *Oh, vamos falar isso com o doutor que volta segunda-feira de férias*, então, ela já vai registrando, sabe? Já vai anotando tudo. Quando nós chegamos, nós já passamos também o caso para a auxiliar da área. Então assim, a gente acaba informando todo mundo, né? (entrevista 6, trabalhador de saúde).

Da mesma forma que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são solicitados pela equipe para contribuir para um plano de cuidado, eles também procuram pelos outros trabalhadores quando se deparam com necessidades da população que não conseguem solucionar sozinhos:

Às vezes, problemas que eles [os ACS] não conseguem resolver. (...) Ele fala assim *Vamos lá que você vai ter mais argumento para conversar com ele, porque eu já estou convidando, estou falando, mas não está adiantando* (entrevista 9, trabalhador de saúde).

Além dos momentos destinados à troca de informações entre os trabalhadores de saúde tais como a reunião de equipe, a comunicação acontece também fora desses espaços mais formais, como por exemplo nos corredores, a depender da tomada de decisão do trabalhador frente às situações com que se depara.

No entanto, o excesso de atividades e a falta de tempo disponível relatados parecem ser fatores que dificultam o estabelecimento de uma comunicação mais efetiva:

Para ela [a médica] é mais... ela vem, às vezes ela vem no meio da reunião, às vezes ela vem no final. (...) Às vezes, elas [as auxiliares de enfermagem] estão fazendo alguma coisa, às vezes elas chegam no meio (...). Eles [equipe de Saúde Bucal] estão fazendo algum procedimento, alguma coisa, não tem como participar (entrevista 5, ACS).

Era final da tarde, a ACS aguardava próximo à enfermeira, parecendo querer lhe falar algo enquanto esta atendia uma mãe com sua criança. Por um instante, a enfermeira voltou-se para a ACS a qual começou a dizer sobre o caso de uma usuária que estava com infecção urinária e não queria tomar os medicamentos. A enfermeira, sem parar para conversar com a ACS, continuou o atendimento e foi saindo apressada da sala com a mãe a criança. Ao mesmo tempo, conversava com a ACS que a seguia falando sobre o caso. A enfermeira seguia à frente, de costas para a ACS, parecendo dar pouca importância para o que ela dizia. Esta ia acompanhando a enfermeira e falando pelo corredor. Ao final, a enfermeira apenas informou que já havia conversado com a usuária. A ACS disse que então estava tudo bem e saiu para ir embora, aparentando ficar pouco satisfeita com a conversa que acabara de ter com a enfermeira (observação 5).

O fato dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) poderem acessar os trabalhadores e estabelecerem comunicação em uma relação dialógica pode colaborar para que sejam facilitadores da acessibilidade das pessoas aos serviços de saúde, pois, se por um lado eles levam os trabalhadores às casas das pessoas, por outro, as pessoas quando vão à unidade também procuram primeiro pelos agentes, porque reconhecem que estes são capazes de atender suas necessidades ou organizarem a demanda para os outros trabalhadores de saúde:

Eles [os usuários] procuram o agente de saúde, passam para ver o que pode ser resolvido, (...) porque eles sabem que se é preciso de eu ir com o enfermeiro, eu vou com o enfermeiro; se precisa de ir com o médico, eu me programo para ir com o médico (entrevista 3, ACS).

Os agentes comunitários de saúde ao falarem de si, falam das pessoas da comunidade

Entender o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como representante da comunidade na unidade de saúde significa considerar que os elementos presentes na relação entre eles e os trabalhadores de saúde, seja na articulação das ações ou na interação, podem indicar também elementos presentes nas relações entre os trabalhadores e os usuários nos espaços intercessores de cuidado. Isso pode ser identificado nas duas observações seguintes:

Durante uma reunião entre as ACS e um trabalhador de nível universitário, este falou a maior parte do tempo enquanto as ACS faziam silêncio. Por duas vezes uma ACS tentou estabelecer comunicação com o trabalhador, fazendo questionamentos sobre os assuntos que discutiam. Porém, o trabalhador fazia apenas rápidas explicações sem se certificar se a ACS havia compreendido e sem dar a possibilidade de que esta se manifestasse (observação 5).

Uma ACS aguardava para sair em visita domiciliar com um trabalhador de nível universitário, enquanto este atendia rapidamente uma usuária que tinha ido confirmar um resultado de exame. Por vezes, a usuária parecia querer fazer uma pergunta, mas quando ia falar, o trabalhador a

interrompia mecanicamente lendo os resultados do exame. Depois de várias tentativas e muita insistência, a usuária questionou, no final da consulta, se o resultado tinha relação com uma alteração em outro exame de sangue que ela havia feito há alguns meses. A resposta recebida do trabalhador de saúde foi de que *Isso não tem nada a ver... o importante é você continuar seguindo as recomendações que eu te fiz* (observação 4).

Nem os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na primeira observação, nem a usuária na segunda, conseguiram participar efetivamente da conversa estabelecendo um diálogo com o trabalhador de saúde. Essas duas observações se assemelham na forma de como os agentes e os usuários estão tentando se colocar diante da equipe como sujeitos ativos e co-responsáveis pelos planos de execução e de elaboração do cuidado.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é parte da comunidade que acompanha, mora no território de abrangência e compartilha, muitas vezes, das mesmas necessidades das pessoas e dos mesmos problemas do bairro:

Uma ACS contava que seu filho de três anos de idade havia apresentado vômitos intensos e que ela o levava para uma unidade de pronto-atendimento, chegando já com sinais de desidratação. Disse que o médico plantonista os atendera com descaso, mandando-os embora apenas com medicamento para dor. Ao questionar a necessidade de colocá-lo em soroterapia, o médico falando alto respondeu agressivamente *Sabe quantos anos se estuda para ser médico?* (observação 22).

A observação aponta aspectos ligados à acessibilidade e à produção de um cuidado que não atende as necessidades do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que vivencia situações semelhantes aos usuários dos serviços de saúde.

DISCUSSÃO

Na dimensão de elo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os outros trabalhadores não estão interagindo entre si, pois a comunicação para se construir um projeto assistencial em comum não é exercida ou, quando exercida, ocorre apenas como meio de otimização da técnica e da operacionalização das atividades. Aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não deve ficar delegada a função meramente de veicular recados, mas precisam estar envolvidos em uma atitude de co-responsabilidade do cuidado. Equipe de saúde e gestores precisam atentar para que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não sejam inseridos no trabalho na perspectiva de uma equipe agrupamento, reproduzindo práticas engessadas e sem possibilidades de serem transformadores do cuidado de pessoas. Estratégias são necessárias para garantir uma inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na equipe de Saúde da Família voltada para a interação e a articulação, trazendo potencialidades para mudanças no modelo de saúde e nas práticas de cuidado.

Como laços de ligação, parece que os Agentes Comunitários de Saúde estabelecem com os outros trabalhadores de saúde e, vice-versa, uma comunicação livre de coações, possibilitando, de certo modo, que os planos de ação sejam elaborados em conjunto, pois há uma procura mútua entre eles a fim de obterem informações ou solicitarem ajuda para o cuidado das pessoas e das famílias.

Nessa dimensão, parece que a interação do Agente Comunitário de Saúde com o outro trabalhador de saúde acontece em uma comunicação intrínseca ao trabalho em equipe que é revelada na elaboração de um objetivo comum⁽²⁰⁾. Nesse caso, o objetivo comum é o cuidado da pessoa que é pensado conjuntamente entre outros trabalhadores e o Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Quando há comunicação intrínseca ao trabalho em equipe, as pessoas podem entender que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são facilitadores do acesso. Neste aspecto, é possível dizer que os agentes como laço de ligação, inseridos no trabalho da equipe de Saúde da Família como um trabalhador que a partir de um núcleo de competência e responsabilidade, mesmo que ainda pouco definido; pode contribuir para uma atenção e um cuidado integral às necessidades das pessoas e das famílias. Por núcleo de competência e de responsabilidade entende-se ser *o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade*⁽¹⁹⁾. Isoladamente, o núcleo de competência de cada profissional não é capaz de atender a complexidade das necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas e suas famílias.

Na Saúde da Família, cada trabalhador tem seu núcleo específico de competência, sendo todos eles importantes para o processo de construção do cuidado integral. Por isso, trabalhar em equipe na perspectiva da equipe integração não é algo fácil, rápido e de responsabilidade de um único grupo profissional⁽²¹⁾.

No processo de divisão do trabalho em saúde, os vários trabalhos especializados são processos conexos e complementares que, quando conjugados, ampliam as possibilidades para reconhecer e atender as necessidades das pessoas⁽¹⁵⁾.

O núcleo de competência e responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pode estar se conformando, em um processo histórico e social dessa profissão, em ações de construção de vínculos com a comunidade e com os outros trabalhadores, adequando a produção de cuidados em saúde às necessidades das pessoas, como um laço de ligação.

A forma como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) inserem-se e são inseridos na equipe de Saúde da Família influencia o modo como são vistos e apropriados pela comunidade. Se por um lado, podem significar facilidade de acesso ao serviço de saúde quando estão integrados à equipe de Saúde da Família, por outro, podem ser vistos como meros entregadores de recados e marcadores de consultas quando são apenas sujeitos agrupados

à equipe. Se no primeiro caso reforçam a característica de laços de ligação, no segundo, são elos rígidos forçando uma relação sem diálogo e sem a utilização mais intensa de tecnologias leves entre comunidade e trabalhadores.

Isso também nos leva a refletir que dificuldades de interação entre trabalhadores de saúde e Agente Comunitário de Saúde (ACS) podem representar dificuldades de comunicação com a própria comunidade, pois ele é o seu representante nos serviços de saúde.

É preciso atentar para que a linguagem na equipe não seja utilizada como forma de poder e exclusão entre os trabalhadores como, por exemplo, quando há uso de *códigos* ou termos técnicos para aqueles que não compartilham das mesmas competências técnicas, dificultando a compreensão mútua⁽²²⁾.

Parece haver também certo receio por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em questionar e se posicionarem diante das situações e dos trabalhadores de nível universitário. Isso pode acontecer pela presença de relações de poder, hierarquia e desigualdades sociais. Ao mesmo tempo, revela a dificuldade dos trabalhadores na Saúde da Família para lidarem com as novas formas de cuidado, com a presença dos novos trabalhadores, que são os Agentes Comunitários de Saúde, e dos novos atores, que são os usuários, com desejo de serem mais ativos em seus processos de trabalho e de cuidado.

Para que conflitos, insatisfações e dificuldades sejam publicizados e compartilhados pela equipe em uma perspectiva de buscar melhorias em conjunto para o trabalho; espaços de diálogo precisam ser criados, reforçados e valorizados no cotidiano do trabalho da equipe. Esses espaços também precisam ser capazes de potencializar a voz e a expressão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na equipe, porque são eles a presença e a voz de uma população que ainda sofre repressão de seus direitos, inclusive de seus direitos à saúde e à cidadania.

Os trabalhadores da equipe de saúde precisam atentar para as várias formas com que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) estabelece comunicação com a equipe na perspectiva da interação e trazendo as necessidades das pessoas. Afinal, ele também é membro da comunidade e a proximidade que tem com esta, torna-o um porta-voz na equipe na unidade de saúde.

Na prática comunicativa com os outros trabalhadores, os Agentes Comunitários de Saúde ao falarem de si

também estão falando da comunidade, pois ao dizerem de suas próprias necessidades de saúde estão dizendo das necessidades da população da qual eles cuidam.

CONCLUSÃO

Na característica de laços de ligação, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) parecem desempenhar ações articuladas com o trabalho da equipe de saúde e, ao interagirem com os outros trabalhadores, possibilitam a construção de planos assistenciais em comum que podem proporcionar cuidados mais integrais às pessoas e famílias da comunidade. Como elos, os Agentes Comunitários de Saúde desenvolvem atividades que são essencialmente operacionais, os sujeitos não interagem entre si e as ações não são articuladas. É possível perceber que as ações e atividades que os Agentes Comunitários de Saúde vêm desempenhando estão inseridas em um trabalho de equipe que ora assume a configuração de integração, ora, agrupamento. Isso nos leva a concluir que o modo como o agente se insere e é inserido na equipe de Saúde da Família é dinâmico, porque esta também vive em uma dinamicidade que é própria do trabalho em equipe, em relações de hierarquia e subordinação, trabalhos diferentes e desiguais, construção de projetos assistenciais em comum, trabalhos interdependentes e complementares.

Além da presença e da voz do Agente Comunitário de Saúde na equipe de Saúde da Família representarem a presença e a voz da própria comunidade, ele pode ser um trabalhador estratégico. Se suas ações compreenderem uma dimensão mais política e comunitária, o trabalho da equipe pode ser atravessado por ruídos que possibilitam os trabalhadores a pensar criticamente o agir na saúde. No entanto, se o trabalho do Agente Comunitário de Saúde for capturado somente pela dimensão técnica e assistencial do modelo biomédico, suas ações serão pouco potenciais para as almeçadas mudanças nas práticas de cuidado.

Espaços *intercessores* entre os próprios trabalhadores de saúde também precisam ser criados e potencializados para que o trabalho na Saúde da Família possa se constituir de forma mais prazerosa para os trabalhadores de saúde e mais acolhedora para as pessoas. Espaços esses, nos quais o estar disponível para o saber e o não-saber do outro possa conformar novos jeitos de se produzir o cuidado e o trabalhador. Espaços capazes de trazer com mais força a voz e a expressão dos Agentes Comunitários de Saúde na ação comunicativa com a equipe.

REFERÊNCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978 set. 6-12; Alma-Ata, Casaquistão, URSS [Internet]. [citado 2008 set. 29]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
2. Macinko J, Montenegro H, Adell CN, Etienne C. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2-3):73-84.

3. Organización Panamericana de la Salud (OPAS); Organización Mundial de la Salud (OMS). La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington; 2007.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, 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 de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2008 set. 29]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf
5. Brasil. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2008 nov. 21]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>
6. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):347-55.
7. Silva JA, Dalmaso ASW. O Agente Comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002;6(10):75-83.
8. Valentim IVL, Kruehl AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(3):777-88.
9. Zanchetta MS, Leite LS, Perreault M, Lefebvre H. Educação, crescimento e fortalecimento profissional do agente comunitário de saúde – estudo etnográfico. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2005 [citado 2008 dez. 12];4(3). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/35/14>
10. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):259-68.
11. Silva RVB, Stelet BP, Pinheiro R, Guizardi FL. Do elo ao laço: o Agente Comunitário na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2004. p. 75-90.
12. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Characterization of Family Health Teams and their work process. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2011 Jan 15];44(4):956-61. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_14.pdf
13. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):727-33.
14. Hills M, Mullett J, Carroll S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2-3):125-35.
15. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
16. Habermas J. Técnica e ciência como tecnologia. Lisboa: Edições 70; 1994. p. 45-92.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
18. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 1996 [citado 2008 jun. 07]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>
19. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R., *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 229-66.
20. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35 (1):103-9.
21. Almeida MCPA, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho [debate]. *Interface Comun Saúde Educ*. 2001;5(9):150-3.
22. Craco PF. Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários [tese doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro.