



Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações

Community Health Agents: strategies and consequences of their network of relationships and interactions

Agente Comunitario de Salud: estrategias y consecuencias de su red de relaciones e interacciones

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni¹, Caroline Cechinel¹, Betina Hörner Schlindwein Meirelles¹

Este estudo objetivou identificar as estratégias utilizadas pelo Agente Comunitário em sua rede de relações e interações para melhoria da assistência à saúde e as suas repercussões em um centro de saúde. Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. Foram entrevistados 17 participantes entre fevereiro e abril de 2009, dentre profissionais e usuários de um centro de saúde de um município ao sul do Brasil. Liberdade de comunicação, ser o elo e promover vínculo entre a comunidade e a equipe foram identificados como estratégias para o fortalecimento da rede de relações e interações do Agente Comunitário, gerando como consequências as boas relações na equipe – usuário e o favorecimento do acesso ao posto de saúde. Conclui-se que o Agente Comunitário é instrumento na formação de vínculo, com significativo potencial para facilitar o acesso aos serviços da Atenção Básica, a partir de uma teia complexa de relações e interações.

Descritores: Enfermagem; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Relações Interpessoais; Agentes Comunitários de Saúde.

This study aimed to identify the strategies used by Community Health Agents on their relationships network and interactions to improve health care and its impact on a health center. The Grounded Theory was used as a methodological reference. Seventeen participants were interviewed between February and April 2009, among professionals and users of a health center in a city from southern Brazil. Freedom of communication, being the bond and promoting a connection between the community and the professionals were identified as strategies to strengthen the network of relationships and interactions of the Community Health Agents, creating as consequences good relationships between the staff and users and facilitating access to the health unit. One concludes that the Community Agent is a tool in the bond formation with significant potential to facilitate access to the services offered in Primary Health Care, starting from a complex web of relationships and interactions.

Descriptors: Nursing; Family Health; Primary Health Care; Interpersonal Relations; Community Health Workers.

El objetivo fue identificar las estrategias utilizadas por el Agente Comunitario em su red de relaciones e interacciones para mejorar la atención a la salud y su impacto en un centro de salud. Se utilizó la Teoría Fundamentada como referencia metodológica. Fueron entrevistados 17 participantes entre febrero y abril de 2009, entre profesionales y usuarios de un centro de salud al sur del Brasil. Libertad de comunicación, ser el enlace y promover vínculo entre la comunidad y el equipo fueron identificadas como estrategias para fortalecer la red de relaciones e interacciones de los Agentes Comunitarios, generando como consecuencias las buenas relaciones en el equipo-usuarios y fomento del acceso al centro de salud. En conclusión, el Agente Comunitario es fundamental en la formación de enlaces con gran potencial para facilitar el acceso a los servicios en la Atención Primaria, a partir de una compleja red de relaciones e interacciones.

Descritores: Enfermería; Salud de la familia; Atención Primaria de Salud; Relaciones interpersonales; Agentes Comunitarios de Salud.

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

Autor correspondente: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Rua Roberto Sampaio Gonzaga, s/n. Trindade. CEP: 88040-900. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: gabimrc@gmail.com

Introdução

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é uma das portas de entrada do usuário no sistema público de saúde, sendo a preferencial, considerando que através dela, são implantadas estratégias para adesão de pacientes, fortalecimento de vínculo da população com a equipe de saúde, e consequente qualificação da saúde da comunidade. Nela são ofertados serviços bastante diversificados, não especializados e de baixa densidade tecnológica⁽¹⁻²⁾.

Com o intuito de reestruturar a lógica da ABS, o governo brasileiro instituiu em 1994, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como foco principal a unidade familiar, com atendimento integral, continuado e insere a formação de vínculo entre a equipe de saúde e os usuários por ela assistidos, definidos pelo território de moradia previamente delimitado. O PSF foi fundamental para a expansão e qualificação da ABS, priorizando um modelo de atenção contra-hegemônico. Além disso, o novo modelo proposto vai além das questões limitadas ao setor saúde, atentando para todos os fatores que influenciam a saúde da população, como educação, segurança, e saneamento⁽³⁾. Por ir além dos pressupostos de um programa, o PSF foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Nesse cenário, o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) destaca-se e tem como objetivo fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade. Morador da área de abrangência de sua responsabilidade, o ACS deve conhecer a comunidade, identificando usuários que necessitam de maior atenção à saúde, bem como considerando as fragilidades do ambiente⁽⁴⁾.

Para o desenvolvimento das ações de saúde, os ACS, tendo por atividade base a realização de visitas domiciliares, orientam a comunidade sobre o funcionamento do centro de saúde, realizam atividades e campanhas, e orientam a comunidade quanto às ações desenvolvidas nos diversos serviços de saúde,

tendo competência para se envolver nas lideranças locais e na discussão e enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes sociais presentes no seu território⁽⁵⁾.

Em agosto de 2013, do total de 5570 municípios brasileiros, 5319 aderiram à ESF com a implantação de 34.216 equipes de saúde da família, ou seja, uma cobertura de 55,8% da população. Em paralelo, os 256.149 ACS estão presentes em 5424 municípios brasileiros, cobrindo 64,4% da população brasileira⁽⁶⁾. Embora seja crescente a inserção das equipes de saúde e ACS no contexto nacional, identifica-se uma interação insuficiente entre as diferentes categorias profissionais⁽⁴⁾ com desvio dos fluxos de poder para o enfermeiro ou ACS, que geram uma liderança inevitável⁽⁷⁾.

Sabendo que uma rede de relações e interações bem estruturada gera uma relação dialógica e participativa na equipe de saúde, refletindo em suas ações com os moradores⁽⁴⁾, questiona-se: como os ACS experienciam e conferem significado às suas relações e interações enquanto membros da equipe de saúde? Quais estratégias são utilizadas pelo ACS na sua rede de relações e interações para melhoria da assistência à saúde? Quais são as principais consequências de suas ações? Assim, este estudo teve como objetivo identificar as estratégias utilizadas pelo ACS em sua rede de relações e interações para melhoria da assistência à saúde e as suas repercussões em um centro de saúde de um município localizado ao sul do país.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual se adotou como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), traduzida do termo original inglês *Grounded Theory*, desenvolvida por sociólogos americanos que intentaram construir uma teoria assentada nos dados a partir da exploração do fenômeno na realidade em que o mesmo se insere, sendo que a construção teórica explica a ação no contexto social. A TFD é um método de pesquisa no qual a

coleta de dados, análise e teoria mantêm uma relação muito próxima, e tem o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos, sendo iniciada em uma área de estudo ampla, e permitindo que a teoria surja influenciada pelos dados descobertos, e não apenas pelas especulações do pesquisador, configurando um guia importante para a ação⁽⁸⁾.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2009, em um centro de saúde de um município localizado ao sul do país, selecionado por fazer parte do perímetro urbano, possuir equipe de saúde completa e demonstrar interesse na realização deste estudo.

Participaram do estudo 17 pessoas, distribuídas em 3 grupos amostrais, através de entrevista individual, semiestruturada, na própria instituição ou residência dos participantes. O primeiro grupo amostral foi constituído pelos oito ACS que atuavam no centro de saúde. Utilizou-se como questão inicial: “Como você experiência e confere significado às suas relações e interações na equipe de saúde?”. O encaminhamento das demais questões foi direcionado pelas pesquisadoras, a partir das respostas dos entrevistados. A partir dos dados revelados, percebeu-se a necessidade de aprofundar o tema com o restante da equipe de saúde, configurando o segundo grupo amostral, formado por dois médicos, dois enfermeiros e um dentista, com o qual foram adotadas as questões norteadoras: “Como você assiste aos usuários/famílias?”, e “Como é a sua participação nas ações coletivas na equipe de saúde e na comunidade?”. Fortalecendo as categorias anteriores e formando novas, estes dados revelaram a necessidade de formação do terceiro grupo amostral, formado por quatro usuários do centro de saúde, indagados pelas questões norteadoras: “Que significado você atribui às ações do ACS?” e “Como as ações do ACS refletem no seu cuidado”. A partir disso, alcançou-se a saturação dos dados, caracterizada pela repetição dos dados e ausência de novos elementos relevantes para a análise.

Cabe salientar que na TFD os dados são coletados e analisados concomitantemente. A codificação

é o processo central do desenvolvimento do modelo teórico, ocorrendo em três etapas que acontecem simultaneamente: codificação aberta, axial, e seletiva. Isso proporciona a identificação da necessidade da busca de novos sujeitos, bem como da formação de novos grupos amostrais, revelando o momento em que ocorre a saturação dos dados. A codificação aberta é o primeiro passo para a análise, consistindo em separar, examinar, comparar e conceituar os dados obtidos, sendo os dados analisados linha a linha, e cada fala do entrevistado transformada em um código antes de serem agrupados por semelhanças e diferenças. Os agrupamentos dos códigos constituem as subcategorias, identificadas de acordo com o tema de que tratam. O segundo passo da análise é a codificação axial, na qual os dados são novamente agrupados, formando as categorias. A codificação seletiva é a busca e desenvolvimento do fenômeno ou categoria central, em torno do qual giram todas as demais categorias⁽⁸⁾.

Assim, são apresentadas segundo o Modelo Paradigmático, ou seja, as categorias são organizadas em Condições Causais, Condições Intervenientes, Contexto, Estratégias de Ação e Interação e Consequências⁽⁸⁾.

Do processo analítico, emergiu o fenômeno “Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da assistência à saúde, como uma rede complexa”, sustentado pelas categorias: “Reconhecendo a comunidade e o Centro de Saúde como espaços para relações e interações”, “Concebendo a qualidade das relações com a equipe e comunidade”, “Valorizando seu trabalho como ACS”, “Percebendo o Enfermeiro como mediador da relação e interação”, “Sendo o elo entre a comunidade e a equipe”, e “Favorecendo a assistência através das boas relações”.

Reconhecendo a importância e a relevância das duas últimas categorias, vinculadas aos respectivos componentes da TFD, estratégias e consequências, optou-se por apresentá-las e discuti-las detalhadamente por apresentarem uma intensa inter-relação de continuidade, complementariedade e dependência, exigindo um olhar aprofundado e correlacionado sobre cada uma delas.

Ressalta-se que a pesquisa atendeu os aspectos éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾, sendo o projeto submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o protocolo número 397/08. Visando garantir o anonimato dos participantes, utilizaram-se pseudônimos para designação destes, formados pela letra G, de grupo amostral, seguida do número correspondente ao grupo de origem, associada à letra E, de entrevista, seguida do número referente à sequência em que o sujeito foi entrevistado.

Resultados

Sendo o elo entre a comunidade e a equipe

“Promovendo o vínculo entre a equipe e a comunidade” foi uma das estratégias de ação e interação identificadas para formação do elo entre a comunidade e a equipe. Os dados revelaram a percepção dos profissionais sobre a influência da atuação do ACS na formação de vínculo da comunidade com a equipe de saúde. Dessa forma, evidenciam que a receptividade da comunidade sofre forte influência da rede de relações estabelecida pelo ACS com a população, como mostra a fala: *Eu sempre procurei ser bem visto na comunidade, pelo menos até hoje nunca tive problemas de ser mal recebido em uma visita ou atividade coletiva. Mas, se uma agente de saúde não tem uma boa relação com a área dela, quando eu chegar à casa daquele paciente, conseqüentemente, já não serei bem visto* (G2E12).

A equipe de saúde considera o trabalho dos ACS uma importante ferramenta para alcance dos usuários e revela que estes são considerados a melhor forma para se comunicar com a comunidade. O ACS por ser morador da área na qual trabalha é capaz de trazer informações importantes à equipe, identificando particularidades do contexto em que vivem os usuários, fazendo-se imprescindíveis para atuação de toda a equipe na ESF, e ajudando os profissionais a compreenderem fatores desencadeadores dos problemas de saúde da população, como traz o depoimento: *Uma coisa*

é o relato de uma pessoa da tua equipe, outra é pegar o telefone e perguntar. Sem contar que as informações das condições de moradia, contexto familiar e tudo mais nos faz entender o porquê de algumas situações (G2E15).

Para formação do vínculo referido, os ACS relatam fazer uso de ferramentas informais, como encontros e conversas cotidianas com os usuários, de modo a serem inseridos na vida dos usuários e, então, adquirirem a confiança destes para conhecer todos os problemas desta população. A partir destas estratégias se identifica que este trabalhador estabelece uma relação singular com o usuário, sendo o único integrante da equipe de saúde a ter acesso a determinadas informações relevantes à manutenção da saúde. A partir do conhecimento dos problemas dos usuários, o ACS identifica a necessidade de comunicar à equipe multiprofissional, e então, facilitar o contato desta com o indivíduo que necessita cuidados, como revela a fala: *Se eles [os usuários] quiserem contar um segredo, a gente vai até um local na casa ou no quintal, para que a pessoa fique à vontade. Tem coisas que eles não contam nas consultas e falam para mim. Então, converso e tento convencê-los que aquilo tem que ser falado para o médico ou enfermeiro* (G1E7).

O vínculo proporcionado pelo ACS da equipe de saúde com a comunidade é facilitado pela formação do trabalhador para atuação frente às problemáticas comuns da população, sendo orientados a reportarem quaisquer indicativos de inconformidades em relação ao estado de saúde do usuário aos demais profissionais da equipe, gerando uma atuação interdisciplinar exitosa, que possibilite a soma dos saberes e a conexão do trabalho de cada membro.

“Tendo a liberdade para se comunicar” revela a comunicação estabelecida pelo ACS com a equipe de saúde e com usuários como uma estratégia para a formação do elo entre a comunidade e a equipe. O ACS revela a liberdade que tem em solicitar determinadas demandas para a equipe de saúde, ao passo que também é cobrado pelos profissionais, aumentando a confiança da equipe neste trabalhador. Para efetivar esta comunicação, o ACS não necessita de intermediários, apresentando autonomia para resolver os entraves

do cotidiano diretamente com cada colega da equipe de saúde. Dessa forma, a comunicação com os demais profissionais é utilizada pelos ACS a fim de proporcionar a qualificação da assistência prestada, como mostra a fala: *Se eu tiver que falar com o médico, não preciso passar pela coordenação, depois ir para enfermeira, para depois eu poder falar com o médico. Eu tenho essa liberdade, eles me deram essa liberdade de chegar e perguntar: você tem um minutinho para trocar uma palavrinha?* (G1E4).

As reuniões mensais da equipe de saúde são percebidas como uma oportunidade de comunicação entre os profissionais, momento de partilhar ideias e experiências relacionadas ao trabalho. A participação dos ACS na comunicação multidisciplinar é possibilitada a partir da iniciativa dos demais profissionais que proporcionam espaço para que todos interajam e se comuniquem, fazendo com que o ACS tenha autonomia para propor ações de saúde e atuar de forma integrada, como revela o sujeito: *... nas nossas reuniões de equipe todos têm liberdade para falar, a gente troca bastante as informações, eu vejo que elas percebem o respeito da equipe e que elas podem falar, dar a opinião delas e propor ações em saúde* (G2E13).

No que tange os diferentes perfis de profissionais que atuam na equipe de saúde, os ACS afirmam que elaboraram e implementam diferentes formas de aproximação e abordagem para facilitar a comunicação com cada um dos membros da equipe, fazendo com que se desenvolva uma sensibilidade na identificação da personalidade dos colegas de trabalho, bem como do humor de cada um dos profissionais. Estas estratégias os fazem escolher o melhor momento de aproximação com os profissionais, bem como definir as melhores abordagens.

Já com relação à comunicação do ACS com os usuários, esta acontece respeitando suas particularidades, como horários e lugares frequentemente preferidos pela população, para, então, estabelecer um vínculo que proporcione a troca de informações relevantes à saúde. Dessa forma, os ACS utilizam ferramentas para facilitação da comunicação da comunidade e com a equipe de saúde, bem como são incentivados pelos profissionais de saúde da equipe multiprofis-

sional para qualificação dessa relação, utilizando a comunicação como estratégia para aproximação dos vínculos entre os usuários e a equipe de saúde.

Favorecendo a assistência através das boas relações

“Possibilitando o acesso ao posto de saúde” foi uma das consequências identificadas para favorecer a assistência por meio das boas relações. Os dados revelaram que o ACS se compromete em educar a população quanto às ações executadas pelo centro de saúde de acordo com a lógica da ABS, orientando os usuários a fazerem uso do serviço de saúde de forma a usufruí-lo da melhor forma, favorecendo, assim, a assistência prestada, como demonstra o relato a seguir: *Eu disse que o nosso postinho tem médico bom. Mas, mesmo assim ela foi ao Hospital... Eu expliquei que se o médico não indicou um especialista ainda é porque ele sabe que pode dar solução ao problema. Reforcei que ela deveria confiar no médico e aguardar* (G1E3).

As boas relações do ACS, além de abranger os moradores da comunidade, são estabelecidas também com aqueles que trabalham na área de abrangência, sendo foco das ações de promoção da saúde de que participa o ACS, conforme preconizado pela ABS. Estas pessoas são questionadas quanto às necessidades de assistência à saúde, sendo atendidas no centro de saúde quando necessário, mesmo não residindo na área de abrangência, como revela a fala: *No comércio eu faço visita, muitos não moram no local onde trabalham, mas sempre passo e pergunto se eles precisam de alguma coisa. Eles não têm cartão aí, mas a gente tem que atender quando ocorrer um problema que esteja ao nosso alcance e não for possível adiar o tratamento* (G1E1).

Percebe-se, ainda, que os ACS se preocupam em encaminhar os usuários que necessitam de uma assistência à saúde mais específica ao centro de saúde, de modo a serem atendidos pelos profissionais adequados segundo a lógica de atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família. Em alguns casos, o ACS é identificado como a referência do usuário no centro de saúde, sendo percebido como a ferramenta de alcance dos serviços de saúde por aqueles que se sin-

tam constrangidos em procurar a unidade, facilitando, assim, o acesso desta parcela da população ao centro de saúde, como demonstra um dos participantes: *Como aquelas mulheres que são profissionais do sexo, algumas tem vergonha de ir ao posto, então, elas pedem camisinha, perguntam para mim (ACS) como fazer os exames ginecológicos antes de fazer qualquer coisa* (G1E5).

Dessa forma, o ACS permite que o usuário se sinta mais familiarizado quando inserido no serviço de saúde, por também ser membro da comunidade e integrante da equipe de saúde. Este favorecimento da assistência proporcionado pela facilitação do acesso ao centro de saúde que o ACS promove é reconhecido por todos os envolvidos no serviço de saúde, profissionais e usuários. Demonstra-se, assim, que as boas relações do ACS geram uma assistência qualificada.

“Vinculando o sucesso das ações em saúde à rede de relações do ACS” foi uma das consequências relacionadas ao favorecimento da assistência através das boas relações. Percebe-se que por meio das boas relações estabelecidas pelo ACS com a comunidade são efetivadas ações que se relacionam com a saúde dos usuários, que são educados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, como mostra um dos participantes: *Eles me tratam bem, são educados, acolhem sempre aquilo que eu digo. ... Elas [as mães] deixam fazer o que querem, aí vão eles (filho) para dentro da água no inverno, nesse frio. Pequeninhos, raquíticos, barrigudos. Foram todos orientados e as infecções pararam de acontecer. Agora, elas vêm pro posto, me agradecem. Elas dizem: Ah, aquela grandona é ótima!* (G1E2).

Percebe-se que as boas relações estabelecidas pelo ACS, exigem que esse profissional se empenhe em manter contato com os usuários, mesmo quando estes não desejam as visitas, mas demonstram necessidades das ações prestadas por este profissional, fazendo com que o ACS insista para que o usuário aceite a aproximação do trabalhador, o que favorece as ações de saúde.

As boas relações são estabelecidas por meio de um processo que exige confiança dos usuários sobre o trabalho do ACS, o que possibilita maior inserção

deste na vida dos indivíduos, proporcionando proximidade com os problemas, e possibilitando a aproximação da comunidade com o serviço de saúde. Ainda, evidenciou-se entre os entrevistados a preocupação em manter relações harmoniosas entre os membros da equipe de saúde, pois verificam o impacto destas na assistência realizada.

O trabalho em equipe é visto como um facilitador para avançar em relação ao modelo biomédico, proporcionando um cuidado integral ao indivíduo e comunidade, respeitando as particularidades do trabalho de cada um dos profissionais envolvidos, somando suas características e formando um olhar mais abrangente, como traz o relato: *Ao passo de que trabalhar em conjunto... se tem um alcance muito maior do que somente tratar a doença. E o envolvimento dos agentes e de toda a equipe técnica possibilita olhar a comunidade, olhar o paciente como um todo no seu contexto social, psicológico, familiar e poder responder às necessidades deles, pois a saúde é uma coisa muito mais complexa* (G2E13).

Os dados revelam a percepção do usuário sobre o estabelecimento das boas relações pelo ACS, o que proporciona um amparo à comunidade, que se sente assistida por profissionais competentes, o que facilita a efetiva manutenção da saúde através da assistência propiciada, como mostra a fala: *Saber que tem alguém que se preocupa com o paciente como ela (ACS) e se coloca à disposição, deixa telefone para se caso precisarmos, faz dela uma pessoa muito especial. Como eu te falei, mesmo que ela não esteja morando do meu lado, mas, ter uma pessoa que sabe as minhas dificuldades em cuidar da mãe, um idosa, com problemas para andar, cardiopata, parece que traz um conforto...* (G3E17).

Dessa forma, por meio da confiança gerada no usuário pelo ACS e pelo empenho desse trabalhador em estabelecer estreitos vínculos com a comunidade gera o favorecimento da assistência. Do mesmo modo, o bom relacionamento do ACS com os profissionais da equipe de saúde exige uma atuação interdisciplinar, com efetiva participação de todos os membros. A partir disso, é possível perceber uma melhora da assistência prestada, gerando o sucesso das ações de saúde por meio da rede de relações e interações do ACS.

Discussão

A compreensão do ACS como elo entre a comunidade e o serviço de saúde proporciona a esse trabalhador um papel singular dentro da equipe, levando-o a exercer efetivamente suas atividades, através de ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação em saúde, visando, sobretudo, à promoção da qualidade de vida e bem estar da população⁽¹⁰⁾.

O ACS configura-se como um potente mediador de tensões da clientela, por atender às inúmeras demandas de saúde. O requisito de ser morador da área de abrangência de que é responsável possibilita um contato permanente com as famílias, o que facilita a reorganização dos serviços de saúde, o trabalho de vigilância e promoção da saúde^(4,10).

Entretanto, o fato dos ACS serem moradores da comunidade não lhes garante livre acesso às casas durante as visitas domiciliares, podendo comprometer as relações público-privadas e a liberdade desses trabalhadores, pois ficam expostos sua vida privada, hábitos e intimidade. Além disso, essa situação leva a uma maior sobrecarga física e mental, uma vez que se torna mais difícil desvincular o trabalho de sua vida pessoal⁽¹¹⁾.

Ainda, ressalta-se que a construção de credibilidade não tem relação direta com o local de residência ACS, podendo este ser um dificultador do vínculo. A relação de confiança deve ser estabelecida no contato diário e permanentemente retroalimentado⁽¹¹⁻¹²⁾.

Na análise do vínculo proporcionado pelo ACS entre a comunidade e o serviço de saúde constatou-se que o mesmo é positivo e efetivo na prática. Nesse sentido, evidencia-se a utilização do ACS como ferramenta para alcance da comunidade. Esse trabalhador protagoniza a relação de troca de experiência e conhecimentos entre os saberes populares e científicos, proporcionando a aproximação das ações de saúde e o contexto domiciliar, e aumentando o poder de resiliência da população^(4,13). No entanto, em outra realidade sua atuação é limitada, pois ainda é verificada a reprodução do modelo biomédico⁽⁵⁾, manifestada pela

dificuldade do ACS em fazer colocações sobre seu reconhecimento das necessidades de saúde nas reuniões de equipe.

A importância da atuação do ACS no contexto da ESF é reconhecida por este trabalhador, o que favorece o desenvolvimento de vínculos com os usuários, pois, ao estar satisfeito com seu trabalho, consegue promover melhorias na assistência. Consideram-se interlocutores da população, e representantes de suas reivindicações frente aos serviços de saúde e em ações intersetoriais, e, levando informações relevantes para a população, se sentem gratificadas e valorizadas aos perceberem a aceitação de suas orientações pelas famílias^(4,11).

Entretanto, ao estar exposto a múltiplas relações com profissionais e comunidade, o ACS vivencia diversos eventos caracterizados por gerarem alegrias, como o fato de ajudar as pessoas, resolver problemas e realizar a busca ativa. Os aspectos relacionados à tristeza foram identificados pelos obstáculos burocráticos e estruturais para dar suporte à equipe de saúde ou usuários, desvalorização do seu trabalho, dificuldade para acessar a equipe por consequência da falta de organização/gestão do trabalho⁽¹⁴⁾. Ainda, diante de poucas oportunidades de se comunicarem ou diferenças pessoais entre os membros da equipe de saúde, os ACS elaboram estratégias próprias de enfrentamento, o que cerceia o seu envolvimento no trabalho da equipe, e desfavorece a assistência prestada pela equipe^(4,15). Desta forma, o incentivo à liberdade para comunicação estimula as relações do ACS, o que fortalece o vínculo com a equipe de saúde e, consequentemente, contribui para o bom relacionamento desta com a comunidade⁽¹⁵⁾.

Nesse mesmo tocante, o incentivo à participação do ACS na comunicação da equipe proporciona seu empoderamento através do aumento de suas responsabilidades no trabalho do grupo, o que gera maior comprometimento, autonomia e iniciativa deste trabalhador. Aponta-se que as reuniões periódicas da equipe de saúde da família, cujo objetivo é proporcionar o planejamento e avaliação das ações em saúde,

podem colaborar para a inserção de novos funcionários, bem como facilitar a aproximação dos integrantes da equipe, favorecendo a comunicação e as trocas de saberes, potencializando o vínculo com a comunidade⁽⁴⁾, como também verificado neste estudo.

Através do seu poder de mobilização da comunidade, o ACS pode oportunizar ações de educação em saúde e ampliar o acesso aos serviços de saúde. É imprescindível a necessidade da equipe de saúde de integrar o trabalhador na aplicação e desenvolvimentos das atividades na comunidade, tendo em vista sua compreensão mais aproximada do contexto⁽¹⁶⁾. Com destaque, os ACS foram inseridos na dinâmica de organização dos serviços de Saúde Bucal, fortalecendo o diagnóstico social das famílias e atualizando o cadastramento dos usuários, fomentando ampliação do acesso e aumento do número de pessoas atendidas⁽¹⁷⁾.

Contudo, a falta de integração do ACS com o restante da equipe gera a desmotivação do trabalhador e compromete a qualidade de suas ações na comunidade. A integração da equipe proporciona a prática de um trabalho interdisciplinar, envolvendo conhecimentos de diversas áreas, populares e científicas, a fim de promover e manter a saúde da população. O trabalho em equipe é reconhecido como um facilitador do processo de trabalho, sendo fundamental para as orientações e cuidados ofertados aos usuários⁽¹³⁾. A individualização das responsabilidades na equipe de saúde vai de encontro aos pressupostos da ESF, que preconiza a co-responsabilidade por todos os envolvidos. A realização do trabalho em equipe efetivo, que envolva os diversos saberes e práticas, atuando conjuntamente na unidade, no domicílio e na comunidade, permite o compartilhamento de conhecimentos e informações, e favorece uma assistência integral e resolutiva⁽⁴⁾.

Conclusão

O ACS é instrumento na formação de vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde, com importante potencial para facilitar o acesso aos serviços

ofertados na ABS, a partir de uma teia complexa de relações e interações.

As categorias: “Sendo o elo entre a comunidade e a equipe” e “Favorecendo a assistência através das boas relações”, que correspondem respectivamente aos componentes estratégias e consequências do fenômeno “Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da assistência à saúde, como uma rede complexa”, revelam significados que interferem no processo de organização da atenção em saúde, em especial na ESF.

Embora este estudo tenha realizado sua coleta de dados em um único centro de saúde, seus achados podem orientar outros profissionais da ESF no alcance de práticas de saúde exitosas inspiradas nas estratégias, e o compartilhamento das metas atingidas.

Aponta-se como necessidade de investigação para futuros estudos a avaliação da acessibilidade dos serviços de ABS e sua repercussão na qualidade de vida dos usuários e profissionais.

Colaborações

Lanzoni GMM e Meirelles BHS contribuíram para a concepção, coleta, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Cechinel C participou da redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Lavras C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):867-74.
3. Mota A, Schraiber LB. Primary Care in the Health System: debates from São Paulo in a historical perspective. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):837-52.
4. Cardoso AS, Nascimento MC. Communication in the Family Health Program: the health agent

- as an integrating link between the team and the community. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl 1):1509-20.
5. Santos LPGS, Fracolli LA. Community Health Aides: possibilities and limits to health promotion. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1):76-83.
 6. Ministério da Saúde (BR). Atenção básica. Saúde da família. Histórico da cobertura da saúde da família [Internet]. [citado 2013 set 19] Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cerca de 2 p]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
 7. Vicenzi RB, Girardi MW, Lucas ACS. Liderança em Saúde da Família: um olhar sob a perspectiva das relações de poder. *Saúde Transform Soc* 2010; 1(1):82-7.
 8. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
 10. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Disclosing the work processes of the community health agents on the Family Health Strategy in Vitória (ES, Brazil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):231-40.
 11. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Factors associated with the quality of life of community health agents. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(5):1375-86.
 12. Sant'Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Silva MRS. Community: collective objective of nurses' work within the Family Health Strategy. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(3):341-7.
 13. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Community Health Agent: status adapted with Family Health Program reality? *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(Supl 1):1023-28.
 14. Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizario AM. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface*. 2013; 17(46):575-86.
 15. Peres CRFB, Caldas-Júnior AL, Silva RF, Marin MJS. The community health agent and working as a team: the easy and difficult aspects. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(4):905-11.
 16. Nunes JM, Oliveira EN, Machado MFAS, Costa PNP, Vieira NFC. A participação de Agentes Comunitários de Saúde em grupo de educação em saúde. *Rev Rene*. 2012; 13(5):1084-91.
 17. Coimbra MB, Annes FTM, Rodrigues PB, Vazquez FL, Pereira AC. Reorganização da demanda para atendimento odontológico no município de Amparo/SP: o desafio de garantir o acesso equânime às ações de saúde bucal. *Odontol*. 2011; 19(37):117-23.