

## VISLUMBRANDO A REDE COMPLEXA DE RELAÇÕES E INTERAÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE\*

*FORESEEING THE COMPLEX NETWORK OF RELATIONSHIPS AND INTERACTIONS OF THE BRAZILIAN COMMUNITY HEALTH CARE AGENT*

*VISLUMBRANDO LA COMPLEJA CADENA DE RELACIONES E INTERACCIONES DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD*

GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI<sup>1</sup>  
BETINA HÖRNER SCHLINDWEIN MEIRELLES<sup>2</sup>

*Objetivou-se compreender o significado da rede de relações e interações de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma unidade local de saúde do município de Florianópolis/SC. Utilizou-se como referencial metodológico a Grounded theory. Os dados foram coletados entre fevereiro e abril de 2009, através de entrevista com ACS, enfermeiros, médicos e dentista, distribuídos em três grupos amostrais, totalizando 20 participantes. Da análise dos dados emergiu o fenômeno Vislumbrando as relações e interações do ACS na melhoria da atenção à saúde dos usuários, como uma rede complexa, constituída a partir da inter-relação de seis categorias. A rede de relações e interações do ACS é uma unidade facilitadora do processo de cuidado à comunidade e compõe o sistema "saúde". O Enfermeiro é indicado como um profissional que interfere diretamente na relação ACS e equipe, pois media a comunicação e articula pessoas e saberes.*

**DESCRITORES:** Enfermagem; Relação Interpessoal; Relação Interprofissional; Atenção Básica; Auxiliares de Saúde Comunitária.

*The objective of this research was to understand the meaning of the network of relationships and interactions of Community Health Care Agents (CHCA) and a Local Health Care Unit in Florianópolis/SC. The Grounded theory was used as a methodological reference. Data were collected between February and April 2009, through interviews with CHCA, nurses, doctors and dentists, divided into three sample groups, totaling 20 participants. The data analysis emerged the phenomenon foreseeing the relationships and interactions of the CHCA in improving care for users as a complex network, composed of the inter-relationship of six categories. The network of relationships and interactions of the CHCA is a unit that, serving as the care process facilitator between health care and the community, composes the "health" system. The Nurse is the professional who directly interferes in the CHCA relationship with the team, because he mediates communication, integrates people and articulates knowledge.*

**DESCRIPTORS:** Nursing; Interpersonal Relations; Interprofessional Relations; Primary Health Care; Community Health Aides.

*En el siguiente artículo se realiza un estudio acerca del significado de la cadena de relaciones e interacciones de Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en una unidad local de salud del municipio de Florianópolis/SC. Se utilizó como referencia metodológica la Grounded Theory. Los datos fueron recogidos entre febrero y abril del 2009, a través de entrevistas con ACS, enfermeros, médicos y dentistas distribuidos en tres grupos de muestras, totalizando 20 participantes. Del análisis de los datos surgió el fenómeno Vislumbrando las relaciones e interacciones del ACS en la mejora de la atención a la salud de los usuarios como una cadena compleja, constituída a partir de interrelación de seis categorías. La cadena de relaciones e interacciones del ACS es una unidad facilitadora del proceso de cuidado a la comunidad y compone el sistema "salud". El enfermero es indicado como un profesional que interfiere directamente en la relación ACS y equipo, ya que intermedia la comunicación y articula las personas y saberes.*

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Relaciones interpersonales; Relaciones interprofesionales; Atención primaria de salud; Auxiliares de salud comunitaria.

\* Artigo elaborado a partir da dissertação intitulada "Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde", desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Bolsista da CAPES. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerencia do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis, Brasil. Endereço: Rua Álvaro Müller, 444, Lote 9, Real Parque, São José/SC. CEP: 88113-510. Fone: (48) 32583495. Email: gabimrc@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Saúde e Enfermagem. Professora Adjunta da UFSC. Membro do GEPADES e do Núcleo de Estudos e Assis-tência em Enfermagem e Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON). Florianópolis, Brasil. E-mail: betinam@ccs.ufsc.br

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) com o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população, incorporou há 18 anos o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elemento de renovação na equipe de saúde e de articulação do sistema de saúde com as necessidades da comunidade.

Em sua origem, esta atividade visava a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil no nordeste brasileiro. Por ter atingido bons resultados, essa experiência foi institucionalizada como política nacional, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991<sup>(1)</sup>. O PACS deu origem ao Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorientar o modelo assistencial, rompendo com o paradigma biomédico centrado na doença, ao desenvolver ações de promoção e proteção à saúde da comunidade, inserindo o atendimento domiciliar na agenda das suas atividades.

Hoje, a atuação deste trabalhador é regida pela portaria 648/06 e pela lei 11.305/06, nas quais as suas atribuições foram ampliadas para a realização de diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade, e ações de promoção da saúde com a realização de visitas domiciliares e de atividades coletivas junto à comunidade, visando fortalecer os elos entre o setor saúde e as famílias<sup>(2)</sup>.

O ACS possui características inovadoras e atípicas<sup>(3)</sup> para um trabalhador em saúde, uma vez que deve obrigatoriamente residir na área onde atua e exercer a função de elo entre a equipe e os usuários, vivenciando o cotidiano da comunidade com intensidade<sup>(4)</sup>.

Na equipe de saúde, o Agente Comunitário não se incorpora sozinho, e sim, traz consigo suas redes de relações, suas experiências de participação em grupos, associações, enfim a sua vida em comunidade<sup>(5)</sup>. Assim, a saúde surge como um “processo dinâmico e complexo, cuja compreensão aponta para reflexões

interdisciplinares e ações intersetoriais”<sup>(6:63)</sup>, sendo produto e produtora de uma grande rede de relações, a qual incorpora redes menores, como a do Agente Comunitário de Saúde.

As redes são entendidas neste estudo como “um sistema complexo, com seus nós e entrelaçamentos, considerada como um fato social, traz a reflexão sobre as práticas cotidianas e a realidade social. Como construção coletiva da organização dos atores sociais, as redes se definem à medida que são realizadas, possibilitando as interações horizontais, a organização de instrumentos de pressão, integrando os atores em circuito, ampliando a sociabilidade, confiabilidade, interconectando os diferentes atores e setores sociais”<sup>(7:11)</sup>.

Por promover o vínculo, o elo, por mediar e aproximar a comunidade e serviço local de saúde<sup>(8)</sup>, questiona-se como os Agentes Comunitários de Saúde experienciam e conferem significado às suas relações e interações enquanto membros da equipe de saúde? Qual é a abrangência e as características das redes de relações e interações do ACS? Qual contribuição o ACS traz ao serviço de saúde enquanto membro da equipe da Estratégia Saúde da Família?

Relações e interações são consideradas como conceitos distintos, pois o primeiro faz referência a um tipo de relacionamento, ligação, vinculação, contato, comunicação entre pessoas ou grupos. Já o segundo significa ação mútua de um objeto físico sobre outro<sup>(9)</sup>. Além da interação puramente física, este termo nos remete à ideia de movimento e desencadeamento de reações de diversos níveis, que podem não estar à vista, mas que acontecem e influenciam a dinâmica da vida. Ainda é entendido como um canal, uma ponte, uma abertura entre sistemas, que ora possuem vínculos mais fortes, ora mais fracos, ora se aproximam e formam aglomerados, ora se distanciam permitindo a ausência de simetria com movimento permanente. Ou seja, arranjo/rearranjo, ordem/desordem, de acordo com as influências do ambiente e dos seres envolvidos.

Com isso, buscou-se compreender os significados atribuídos aos Agentes Comunitários de Saúde de uma Unidade Local de Saúde (ULS) de Florianópolis (SC) sobre as redes de relações e interações, com vistas ao incremento e valorização desta atividade dada a sua natureza, não somente devido ao número elevado de trabalhadores em atuação e ao incentivo do Ministério da Saúde para a expansão e a implantação de novas equipes da Estratégia Saúde da Família nos municípios, e sim, para evidenciar as peculiaridades desta rede que se propõe a estruturar e reorganizar e o atendimento na atenção básica em saúde.

## MÉTODO

Pesquisa qualitativa, cujo referencial metodológico adotado foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory*. Trata-se de uma metodologia originalmente 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<sup>(10)</sup>.

Pela TFD é possível acrescentar novas perspectivas e novos significados ao fenômeno, nesse caso a rede de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde, a fim de gerar um conhecimento complexo, consolidado e fundamentado essencialmente nos dados<sup>(11)</sup>.

Os dados foram coletados no período compreendido entre fevereiro e abril de 2009, com os trabalhadores de uma Unidade Local de Saúde (ULS) localizada na cidade de Florianópolis, SC. A estratégia para coleta foi entrevista em profundidade, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas, conforme prevê a metodologia adotada. Assim que iniciada a coleta de dados, procedeu-se a análise substantiva dos dados realizada através de três etapas que ocorrem de forma concomitante, a saber: codificação aberta, axial e seletiva.

Na fase de codificação aberta, os dados foram separados em partes distintas, sendo rigorosamente examinados linha à linha e comparados em busca de similaridades e de diferenças. Nesta etapa, é realizada a conceituação, ou seja, uma representação abstrata de um fato, de um objeto, de uma ação/interação, identificados como importante nos dados<sup>(10)</sup>.

A codificação axial é o momento de reagrupar os dados que foram divididos na codificação aberta e relacionar categorias às suas subcategorias. O fato de alguns códigos compartilharem características comuns ou significados permite que sejam agrupados sob conceitos mais abstratos, ou seja, subcategorias e categorias, possibilitando ao pesquisador reduzir o número de unidades com as quais trabalha<sup>(10)</sup>.

A última etapa é denominada de codificação seletiva, ou seja, é o processo de integrar e refinar as categorias para que os resultados da pesquisa assumam a forma de teoria. É quando se torna possível desvelar a categoria central, isto é, uma categoria que expresse o tema da pesquisa, explicando sobre o que ela trata. Em seguida, chega o momento de rever o esquema teórico, na busca por consistência interna e validar o esquema teórico<sup>(10)</sup>.

Para classificar e organizar conexões emergentes entre as categorias foi utilizado um esquema organizacional, denominado “paradigma”<sup>(10)</sup>, no qual os dados foram vislumbrados conforme condições causais, intervenientes, contextual, estratégia e consequências.

A seleção dos participantes denomina-se amostragem teórica, ou seja, possíveis informantes ao serem indicados ou citados durante as entrevistas são progressivamente, selecionados para integrarem a amostra com a intenção de validar as informações já coletadas e aprofundar teoricamente as categorias elaboradas<sup>(10)</sup>. Este processo é dinâmico, pois a coleta e a análise dos dados ocorre de forma concomitante.

Assim, o primeiro grupo amostral foi composto por oito ACS, com os quais foi utilizada a seguinte questão norteadora durante a entrevista: Como você experiência e confere significado às suas relações e

interações na equipe de saúde? A partir desta foi possível explorar os significados com questionamentos adicionais para formar as categorias iniciais.

O segundo grupo amostral foi composto por mais quatro ACS e por quatro profissionais da equipe saúde da família (dois médicos, dois enfermeiros e um dentista), sendo adotadas questões norteadoras: Como você assiste aos usuários/famílias? Como é a sua participação nas ações coletivas na equipe de saúde e na comunidade? Estes questionamentos oportunizaram o levantamento de hipóteses, fortalecimento das categorias e reconstrução de outras.

O terceiro grupo amostral foi constituído por quatro usuários da ULS. Após a construção e reconstrução das categorias a partir da comparação constante dos dados, procurou-se refiná-las na busca pela delimitação da categoria central com os seguintes questionamentos: Que significado você atribui às ações do ACS? Como as ações do ACS refletem no seu cuidado?

A codificação e análise dos dados conduziram à identificação do tema central: Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da assistência à saúde, como uma rede complexa. A compreensão deste fenômeno foi construída por conceitos organizados em categorias que se apresentaram intimamente relacionados.

Todo o processo de pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(12)</sup> e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número 379/08. A obtenção da anuência dos participantes se deu através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Visando garantir o anonimato dos mesmos utilizaram-se pseudônimos, empregando nomes de pessoas iniciados com a letra “A” para o primeiro grupo amostral, para os participantes do segundo grupo amostral adotou-se nomes iniciados com a letra “B” e os nomes com a letra “C” foram utilizados para identificar o terceiro grupo amostral.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fenômeno vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário de Saúde na melhoria da assistência, como uma rede complexa foi apresentado por meio das categorias: Reconhecendo a comunidade e a ULS 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 das Relações e Interações, Sendo o Elo entre a Comunidade e a Equipe, e Favorecendo a Assistência através da sua Rede de Relações e Interações, que serão descritas a seguir. Cada categoria possui ainda suas respectivas subcategorias.

### **Valorizando seu trabalho como agente comunitário de saúde e concebendo a qualidade das relações com a equipe e comunidade**

A categoria Valorizando seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde desencadeia o fenômeno, pois revela que o ACS, ao gostar de trabalhar com a população e ao estabelecer relações tanto com a equipe quanto com a comunidade, consegue promover melhorias na assistência. A evolução da relação com a equipe coloca em evidência o enfermeiro, que embora se esforçasse para tornar a equipe unida, os demais profissionais excluía as ACS, que por sua vez se sentiam desvalorizadas. Com o passar do tempo e a realização de cursos e capacitações para os funcionários, esses passaram a conhecer melhor as atribuições do Agente Comunitário de Saúde e mudaram de postura, integrando-as em suas atividades e considerando-as como fundamentais para o trabalho na ESE, como aponta a fala: *No início, os médicos e o nível técnico da enfermagem diziam que não precisavam deles [ACS] e tal. É, foi complicado colocar isso para o pessoal, que o trabalho dos agentes está diretamente vinculado ao nosso. Não dá para trabalhar em PSF sem o agente comunitário* (Bárbara).

Esta repercussão do trabalho das ACS, atrelada à satisfação em atuar diretamente com a população, fizeram emergir a subcategoria **Orgulhando-se por trabalhar como ACS**, pois as Agentes Comunitárias consideram gratificante poder ajudar aos usuários e sentem-se valorizadas ao perceber que suas orientações são necessárias e aceitas pelas famílias, como pode ser observado nas seguintes colocações: *E a gente é muito valorizada, ... não é o valor em dinheiro, mas é ouvir: "o serviço delas é bom, elas merecem", e é de alto nível. Isso para a gente é bem gratificante. Não em espécie, mas em elogio, que é mais gratificante, motiva a gente a trabalhar mais e ajudar* (Andréa).

O sentimento de orgulho do ACS ao desenvolver sua atividade, além de favorecer as relações com a comunidade, é indicado como um fator que aumenta a motivação para a rotina do trabalho e a integração da equipe de saúde<sup>(13)</sup>, tornando-se um elemento essencial no convívio em grupo e para o alcance de melhores práticas em saúde.

**Concebendo a qualidade das relações com a equipe e comunidade** é a outra condição causal para o fenômeno, na qual foi **Qualificando a relação entre os membros da equipe** e **Atribuindo valores à relação com a comunidade** que os participantes constataram estar **Estabelecendo relações pessoais com a equipe e comunidade**.

O trabalho em equipe é considerado a melhor forma de trabalhar pelos participantes deste estudo, tendo em vista a qualidade das relações estabelecidas entre os mesmos. Assim, revelaram que o gostar de trabalhar em equipe está vinculado à relação de confiança construída entre os funcionários, uma vez que o trabalho do outro é valorizado e validado, como ilustra a fala: *No geral, a nossa relação tem muita confiança, porque no nosso trabalho não tem como enganar o restante da equipe, a gente pega comprovante, você pega assinatura do paciente. Porque se alguém chegar e disser "não foi" você mostra a assinatura da própria pessoa* (Adriana).

Ainda, o perfil participativo dos funcionários faz com que o grupo torne-se unido, pois todos se colo-

cam a disposição para ajudar, mesmo quando ocorre algum conflito de relação entre os membros da equipe ou com a comunidade. A seguinte fala de uma ACS relata sua experiência: *Trabalhar em equipe é bom porque quando a gente tem uma dúvida, é só perguntar para o colega, ou se a gente tem que fazer um mutirão, todo mundo se prontifica. Todo mundo adere à ideia e o trabalho acontece. Quando tem uma área descoberta, ou mesmo quando na área tem gente, mas aconteceu uma intercorrência e precisa de ajuda, sempre alguém vai lá e cobre* (Aline).

Ao considerar as características das relações e interações do trabalho em equipe não é falar de algo harmonioso<sup>(14)</sup>. Uma participante compara a relação da equipe à relação marido-mulher, evidenciando que nem sempre ela é boa em decorrência de atitudes individuais frente ao grupo, como, por exemplo, não separar a vida pessoal da profissional ou cobrar dos demais profissionais mudanças no serviço que exigem maior dedicação. Assim, os conflitos entre os membros da equipe surgem devido à variedade de opiniões e posturas, quando alguns profissionais tentam controlar toda a organização do serviço e outros se acomodam não realizando adequadamente suas funções<sup>(15)</sup>. No entanto, as relações conflitantes também fomentam bons resultados, uma vez que sem desordem não haveria irregularidade, desvios, acaso e imprevisibilidade, inibindo a criatividade, inovação e evolução<sup>(16)</sup>. Assim, os atritos entre os membros da equipe e entre funcionários e usuários repercute em um alerta para mudança, ou seja, a melhoria da assistência em saúde.

Todavia, foi consenso entre os participantes considerar a relação da equipe como boa e, especialmente, entre as Agentes Comunitárias de Saúde o vínculo é mais próximo. Há mais cumplicidade, união e apoio por sentirem mais afinidade e se identificarem com a colega, sendo comum citar as demais Agentes como amigas, enquanto, dirigem-se aos enfermeiros e médicos pelo nome e com um tratamento formal. Tal apreço é evidenciado na fala a seguir: *Nelas [ACS] eu sempre encontro apoio, ajuda, cumplicidade... Com os ou-*

tros profissionais também, sei que posso contar, e confiar para os assuntos do posto e até pessoais, mas tenho mais afinidade com as agentes. E quando a gente tem um problema, a gente conversa, eu e as amigas, isso ajuda muito, essa cumplicidade (Alice).

Ao estar *Atribuindo valores à relação com a comunidade*, a confiança é destacada como uma característica encontrada tanto na fala da equipe quanto na fala dos usuários. Os participantes percebem que a comunidade confia nas ACS, por levarem informações concretas, demonstrarem preocupação e carinho pelos usuários, o que pode ser observado na seguinte colocação: *Tem coisas que eles não contam nas consultas, e falam para mim. Alguns já me conhecem, sabem que não vou fazer fofoca.* (Ariane). Esta atitude do trabalhador, munida pelo real processo de comunicação, tende a estreitar os vínculos entre equipe e usuários em estratégias como o acolhimento e demais formas de aproximação com a comunidade e organização dos serviços<sup>(17)</sup>.

A comunidade adstrita à ULS pesquisada é considerada pouco atuante pelos entrevistados, não possui Conselho Local de Saúde e sua área de abrangência compreende uma área de risco, ou seja, apresenta fatores que comprometem a qualidade de vida dos usuários, como o tráfico de drogas e violência. Esses aspectos são causadores de atritos na relação entre a equipe e a comunidade, já que a ausência de participação popular no controle do serviço de saúde e a insegurança ao transitar na área em dias dominados por violência geram como consequência desencontro das ações da equipe de saúde e usuários.

Esses desencontros são superados quando as ACS vão **Estabelecendo relações pessoais com a equipe e comunidade**, com base em relações estreitas com algumas pessoas da equipe de saúde e usuários. Percebem que a relação vai além do trabalho quando as pessoas querem mais atenção, tratam-se como membros da família e se abrem para um contato mais íntimo, confidenciando assuntos pessoais e mostrando-se disponível ao informar, por exemplo, o

número telefônico, como ilustra a fala a seguir: *Confio nela, já a incomodei pelo telefone para tirar umas dúvidas sobre coisas relacionadas ao posto. E é muito importante esse trabalho delas [ACS], tenho certeza que é só eu ligar e pedir para ela dar uma passadinha aqui que ela vem na hora. Como eu te falei, ter uma pessoa que sabe das minhas dificuldades parece que traz um conforto, quando ela vem aqui e a gente conversa* (Carla).

Assim, a confiança entre os diversos envolvidos na rede de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde tem importância ímpar para o êxito da Estratégia Saúde da Família. Embora sua presença seja relevante nas relações entre os envolvidos, a confiança dos demais atores sociais na figura do Agente Comunitário de Saúde possui um papel central no processo de cuidado, já que ele é o elo entre o poder público e a comunidade, se constituindo como importante facilitador e potencializador das ações voltadas aos usuários do SUS<sup>(18)</sup>.

### **Percebendo o enfermeiro como mediador das relações e interações**

A característica do enfermeiro de estar à frente do serviço, atuando na dimensão assistencial e gerencial na Unidade Local de Saúde, fez com que os participantes, ao estarem **Percebendo o enfermeiro como líder**, expressassem que este profissional é indispensável no serviço. Os participantes percebem a ULS desorganizada, como também, sentem-se desmotivados e inseguros para a resolução dos problemas na ausência do enfermeiro. Ainda, apontam que ele sabe quando é necessário adotar uma postura mais rígida e cobrar dos demais trabalhadores, sendo justo em suas ações.

A analogia apresentada por um dos participantes permitiu o estar **Reconhecendo o enfermeiro como “ponte” de comunicação**. Esta subcategoria sustenta a noção de ligação, mediação entre duas partes ou mais, permitindo o intercâmbio de informações, o fomento de relações harmônicas, a articulação

das idéias e a identificação das necessidades, sendo exemplificada na fala da ACS: *Acho que ela articula as idéias de todos na reunião, resolve alguns problemas que não temos o que fazer, repassa informações para todos os funcionários, supervisiona nosso trabalho* (Angélica).

Salienta-se o papel do enfermeiro em atender a todos os aspectos, sejam assistenciais, administrativos (liderar, planejar, controlar, orientar), de participação, de preencher as lacunas de conhecimento, num enfoque mais interdisciplinar e integrador. Assim, os participantes compreendem que o enfermeiro, através da sua postura, facilita o trabalho e fomenta relações harmônicas. Com sua competência para liderar, favorece o alcance do bom desempenho da equipe, pois além da autonomia, “é necessário que haja cooperação mútua e coordenação para que o conjunto das ações de vários indivíduos autônomos convirja para o benefício do sistema”<sup>(19:67)</sup>.

### Reconhecendo a comunidade e a ULS como espaços para relações e interações

Esta categoria é considerada o contexto no qual o fenômeno se desenvolve, uma vez que oportuniza o estabelecimento de ações e interações entre as ACS, a equipe de saúde e os usuários.

**Abordando a comunidade por meio da visita domiciliar** é a principal forma de articulação das ACS com a comunidade. Esta atividade representa para os participantes momentos de interação com as famílias e de criação de vínculo com os usuários<sup>(20)</sup>. As Agentes Comunitárias de Saúde procuram abordar às famílias e aos trabalhadores do comércio com educação e respeito, sem diferenciação quanto ao nível socioeconômico, utilizam as brincadeiras e conversas descontraídas como uma forma de se aproximar do usuário e deixá-lo à vontade para falar.

As visitas aos estabelecimentos comerciais são realizadas com frequência, assim, parcerias são cultivadas para promover a divulgação de campanhas e serviços ofertados pela ULS. Não há diferenciação en-

tre funcionários moradores da comunidade ou os que residem em outros bairros, inclusive, em períodos de campanha de vacinação, os trabalhadores desses estabelecimentos são atendidos e recebem toda a assistência e orientação da equipe de saúde.

Devido à identificação com o trabalho que realiza, uma das Agentes Comunitárias relatou que não se sente trabalhando ao fazer as visitas domiciliares, simplesmente, faz visita. As orientações não estão prontas, pois cada família apresenta uma realidade e é baseada nessa realidade que acontece a troca de informações. Muitas vezes é necessário persistir, exigindo uma organização prévia da ACS para atender o usuário independente do tempo que a visita possa levar. Assim, através da conversa com o usuário é que se torna possível investigar suas necessidades e orientar sobre qual conduta é a mais adequada, como ilustra a seguinte fala: *Eu vou fazer visita, eu não vou fazer o meu trabalho. Eu vou e eles já estão me esperando. Aí eu chego lá, brinco, converso, tem aquelas pessoas de idade, e também somos psicólogos porque eles contam aquelas histórias todas e tu ouves. Mas numa conversa, a gente pega coisa estranha por trás, como eu já peguei que o pai estava violentando uma criança* (Alice).

A visita domiciliar tem sido indicada como forma de aproximar ACS, equipe de saúde e usuários. Assim, sua valorização vai ao encontro de pontos fundamentais da reorientação do modelo de atenção à saúde, como a busca pelo conhecimento da realidade das pessoas atendidas e a viabilização do acesso universal<sup>(21)</sup>.

A ULS é também um rico ambiente para a atuação do Agente Comunitário, pois ao estar **Compartilhando informações nas reuniões e nos grupos**, evidencia o caráter informativo dos encontros entre os profissionais, usuários e as ACS. Estas trazem informações sobre a comunidade e ocorre a construção de propostas e estratégias para a resolução de problemas. Ainda, é evidenciada a troca de experiências entre as Agentes Comunitárias de Saúde como uma forma de aprender com a vivência do outro. Nos grupos de ges-

tantes, hipertensos, diabéticos e atividades coletivas nas escolas os participantes realizam teatros e palestras visando transmitir os conhecimentos necessários aos usuários, com o uso de linguagem adequada para abordar as crianças, jovens e adultos. O relato a seguir retrata alguns destes momentos de troca: *Nas reuniões a gente discute coisas que acontecem na rua, por exemplo, quando algum cachorro ataca a gente, antes a gente não sabia o que fazer. Mas, uma amiga minha já passou por uma situação daquelas, aí a gente troca informação, e eu aprendendo com as experiências dos outros.* (Andréa).

Ao estar **Percebendo as festinhas como momentos de interação na ULS**, os participantes acreditam que seja fortalecido o sentimento de união entre os trabalhadores da equipe, em que as relações tornam-se menos formais. A presença dos médicos e dos enfermeiros nas primeiras confraternizações era muito valorizada pelas ACS, que afirmaram convidar todos os funcionários com o objetivo de serem aceitas e integradas à equipe: *A gente é muito festeira aqui. Tanto no final de ano como nas datas marcantes. Não tem aquela coisa, ficar separado, a gente vem e conversa, brinca... É muito bom! Isso começou com a gente, convidávamos todos, desde o médico até o faxineiro para a gente se integrar mais ao grupo* (Adélia).

De forma geral, os momentos de interação na ULS, oportunizam o encontro de pessoas de diferentes áreas, a troca de informações, desenvolvimento de novas idéias e resolução de problemas. Tais ações, características da abordagem interdisciplinar, estimulam a comunicação horizontal entre as pessoas e uma postura questionadora das certezas profissionais contribuindo para o estabelecimento de relações harmônicas entre profissionais. Considerar as diversas perspectivas dos profissionais é um exercício para visualizar o ser humano como um todo, mais que a soma de suas partes<sup>(22)</sup>, é enriquecer o pensamento simplificador com o conhecimento multidimensional, é aspirar a um saber não fragmentado. Traz subsídios para compreensão da complexidade envolvida neste processo relacional. Pois, o ser humano é compre-

endido como um ser único e complexo, possuidor de múltiplas possibilidades de ser e fazer, inserido num contexto social/cultural que o envolve, o transforma e que também é transformado por ele. É um ser de relações e compõe uma rede de conexões com os outros e com o ambiente<sup>(16)</sup>.

### **Sendo o elo entre a comunidade e a equipe**

Ao estarem **Promovendo o vínculo entre a equipe e comunidade**, as Agentes Comunitárias de Saúde são consideradas elementos estratégicos na formação de vínculo, sendo esta atividade visualizada, principalmente, pelo trânsito de informações entre equipe e usuários, como descreve o profissional: *Nós profissionais que estamos aqui dentro, começamos a conhecer melhor a comunidade através do trabalho das agentes de saúde. Elas são a melhor forma de comunicação com a comunidade, divulgam as atividades, grupos, mudanças que ocorrem no atendimento do posto e trazem todo o tipo de informação, das mais abrangentes às mais particulares da vida dos pacientes* (Bernardo).

Ainda, os usuários conseguem visualizar a articulação da Agente Comunitária de Saúde com a ULS ao obter retorno dos demais profissionais, como ilustra o depoimento a seguir: *Quando ela veio aqui e percebeu que a mãe estava caidinha, ela ficou bem preocupada e falou para mim que iria tentar uma visita do médico ... Na visita, foi ela [ACS] quem trouxe o médico e a enfermeira para ver a mãe. E isso é demais, porque assim tudo eles ficam sabendo para atender melhor as pessoas* (Carla).

As ACS buscam fortalecer o vínculo entre a equipe e a comunidade, valorizando para esta última o atendimento ofertado na ULS, elogiando os profissionais, bem como os serviços e a estrutura física. Realizam a entrega de exames, materiais para curativo e fraldas no domicílio, como uma estratégia de aproximação<sup>(23)</sup> e uma de forma de agradar os usuários. Mas, atentam que o vínculo é sustentado, também, pelo tipo de relação que se estabelece entre os demais profissionais de forma individual com a comunidade.

Assim, é reconhecido como aspectos importantes, não somente a quantidade de elementos ou constituintes do sistema, e sim, as múltiplas interações entre as unidades, dando conta, desta forma, do conjunto de relações, ações e retroações que se efetuam e se tecem numa rede complexa<sup>(22)</sup>.

Essas interações são permeadas pelo diálogo entre os profissionais de saúde, sendo o mesmo oportunizado pela horizontalidade das relações e o perfil ativo da equipe. Assim, ao observarem a facilidade no movimento das informações, os trabalhadores consideram que estão **Tendo liberdade para se comunicar** nas reuniões e em momentos informais.

Esta prática, o livre intercâmbio de informações entre ACS e profissionais, além de nutrir o vínculo da equipe de saúde, incrementa o serviço, contribui para o bom relacionamento com a comunidade e fomenta a criatividade para a resolução dos problemas, como demonstra o seguinte relato: *No meu entendimento, entre os profissionais, havendo a possibilidade, tem que ter o intercâmbio sem ser muito protocolado: “agora você pode falar, agora você não pode falar”, sabe? Eu acho que tem que estar aberto mesmo, porque suscita mais a criatividade, não limita, não poda* (Bernardo).

Assim, compreende-se que burocracia nas relações reduz a autonomia dos indivíduos, dificultando a ação baseada na interpretação dos sinais do ambiente, e como resultado, tem-se um sistema rígido que, apesar de aberto, não é capaz de responder aos sinais do ambiente<sup>(19)</sup>.

Ainda, tudo que restringe a liberdade, restringe o indivíduo em suas possibilidades de escolha, tornando o sujeito um ser autônomo e subjugado ao mesmo tempo. “Assim, a liberdade é serva de suas condições de emergência, mas pode retroagir sobre essas condições”<sup>(22:288)</sup>.

Entendem que esta “liberdade” para se comunicar foi conquistada pelas ACS e concedida pelos demais profissionais, na medida em que aquelas se colocavam disponíveis para auxiliar ou explicar algo sobre a comunidade aos demais trabalhadores, e es-

tes a concederam quando observaram que poderiam atender melhor as pessoas portando as informações trazidas pelas Agentes Comunitárias. Esta liberdade, ainda, é relacionada ao aumento do compromisso das ACS em trazerem o retorno das informações de forma rápida e atualizada, expresso na fala a seguir: *Eu procuro tratar todo mundo de igual para igual, e eu acho que elas se sentem bem assim, se sentem importantes só que aumenta a responsabilidade à medida que ela tem essa liberdade e vir aqui falar comigo qualquer coisa a respeito do profissional, elas tem que buscar as coisas lá fora para trazer aqui* (Bruno).

Como evidenciado na fala, as duas noções antagônicas, a liberdade e a responsabilidade, são conceitos identificados pelo participante como interdependentes. Assim, a liberdade possui em si a noção de autonomia/dependência, revelando que teia de relações e interações do ACS, como “toda a vida humana é uma trama de incríveis dependências”<sup>(22:282)</sup>.

### **Favorecendo a assistência através da sua rede de relações e interações**

Esta categoria configura-se como consequência do fenômeno, pois ao estarem **Possibilitando o Acesso à Unidade Local de Saúde**, as ACS promovem com suas ações e interações junto à comunidade o acesso ao serviço de saúde. Por serem moradoras da comunidade e fazerem parte da rotina das famílias, estabelecem uma relação que facilita o acesso dos usuários à Unidade local de Saúde. Esta convivência com a comunidade em grupos e através das visitas domiciliares oportuniza momentos de orientação sobre diversos temas e esclarecimentos quanto às prioridades de atendimento da Atenção Básica e o funcionamento da ULS, principalmente, como ilustra a seguinte fala: *Foi ela quem nos incentivou a fazer o acompanhamento da mãe no posto, porque nós ocupávamos o mínimo o posto, era tudo no hospital* (Carla).

Ao desempenhar a função de mediadoras, as Agentes Comunitárias podem ser de grande impor-

tância na mudança do modelo assistencial, na medida em que assumem um caráter transformador, visando corresponder às necessidades e expectativas da população e se aproximar dos princípios de integralidade equidade, humanização e participação popular<sup>(8)</sup>.

Assim, os participantes vão **Vinculando o sucesso das ações em saúde à rede de relações do ACS**, pois verificam que é a partir das relações estabelecidas pelas ACSs com a comunidade, que toda a equipe passa a ser bem vista e aceita pelos usuários. Desta forma, acreditam que essa rede de relações facilita a assistência, uma vez que propicia à equipe conhecer melhor os usuários e o seu contexto, tornando as ações mais efetivas, favorecendo a aderência ao tratamento, agilizando o atendimento e a resolução dos problemas. O seguinte depoimento relata essa experiência: *Acho que uma boa relação dos profissionais com a comunidade, a comunidade se sente satisfeita e retorna com elogios, vem procurar mais o posto, né. Só tem a beneficiar, tanto a gente que se sente satisfeito e valorizado, quanto a comunidade também que é bem atendida, bem recebida. Acho que isso é um complemento* (Bernadete).

Percebem, desta forma, que as boas relações entre profissionais e comunidade, expressas por elogios e o retorno dos usuários à ULS retroalimentam a equipe de saúde a continuar desempenhando um trabalho ainda melhor, pois se sentem valorizados e motivados.

Neste sentido, o esquema de *feedback* ou retroalimentação no sistema exerce um papel importante, pois age como elemento propulsor para o desenho das novas ações estratégicas e, para a adoção de novas formas organizacionais.

Assim, através desta pesquisa, pretendeu-se verificar, por meio da fala dos participantes, o significado das relações e interações do Agente Comunitário de Saúde, que apontam à conformação do fenômeno Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da assistência à saúde, como uma rede complexa. Este processo de melhoria se instala ao estar **Valorizando seu trabalho como ACS**

e **Concebendo a qualidade das relações com a equipe e comunidade (condições causais)**, cujas interações revelam a dimensão de sua extensão ao estar **Reconhecendo a comunidade e a ULS como espaços para relações e interações (contexto)**. Indica um elemento que favorece o contato com os usuários e demais profissionais da saúde ao estar **Percebendo o Enfermeiro como mediador da relação e interação (condição interveniente)**. Reconhece a importância da sua atividade e vislumbra o estar **Sendo o elo entre a comunidade e a equipe (estratégia)** como uma forma para estar **Favorecendo a assistência através da sua rede de relações e interações (conseqüência)**.

O papel de mediação dos Agentes é apontado de forma praticamente unânime como uma qualidade da proposta da Estratégia Saúde da Família: o elo entre o serviço e a comunidade; a conjunção entre o saber popular e o conhecimento científico<sup>(8)</sup>. Assim, considera-se que as ações individuais sejam interdependentes, em função da rica complexidade de suas inter-relações, cada movimento dos indivíduos altera mutuamente o ambiente que compartilham, influenciando mutuamente tanto suas decisões quanto o resultado delas<sup>(19)</sup>. Assim, o Agente Comunitário é um elemento facilitador da assistência ao influenciar e ser influenciado por sua rede de relações e interações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do Agente Comunitário de Saúde é adequada e reconhecida como um elo entre comunidade e ULS. Suas relações e interações promovem a aproximação entre profissionais e usuários para além do assistencialismo biomédico centrado na doença, ou do controle epidemiológico de determinados agravos através do cadastramento realizado pelos ACS. Seu envolvimento com a comunidade pressupõe troca para construção e reconstrução de laços afetivos e fortalecimento do acesso aos serviços de saúde, a partir de uma teia complexa de relações.

O fenômeno Vislumbrando as relações e interações do Agente Comunitário na melhoria da assistência à saúde como uma rede complexa, coloca em evidência uma perspectiva sistêmica e complexa da atuação do Agente Comunitário de Saúde: um elemento que se posiciona no centro de sua rede de relações, no entanto, ele também a integra, estando sujeito às suas perturbações/modificações e novas conformações. A partir das influências internas ou externas, sua rede de relações e interações é capaz de promover melhorias na assistência à saúde da comunidade, pois é permeada pelo livre intercâmbio de informações, enriquecendo a prática da equipe com dados do contexto do usuário e orientando acerca do tema saúde.

Neste contexto, o Enfermeiro é indicado como um profissional que interfere diretamente na relação ACS e equipe de saúde, uma vez que organiza o serviço e também media a comunicação. Com uma postura interdisciplinar, este se dispõe a integrar pessoas e articular saberes, assumindo um papel relevante na atenção básica em saúde. Assim, sugere-se como proposta de investigações futuras, estudos sobre o perfil do enfermeiro na atenção básica e na ESF, com sua contribuição para a formação de vínculo com a comunidade e demais setores da saúde.

Este estudo apresenta as limitações de uma pesquisa qualitativa, a qual não visa generalizações, no entanto, seus achados podem ser aplicados com grupos de pessoas e em realidades com características semelhantes, no sentido de avançar no saber-fazer em equipe na ESF, contribuindo com os demais atores da equipe de saúde a partir do resgate dos conceitos e vivências do Agente Comunitário de Saúde sobre esta temática.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília (DF): COSAC; 1994.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Diretrizes e normas para a
3. Lima JC, Cockell FF. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2008; 6(3):481-502.
4. Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2004;13(2):70-5.
5. Fontes B. Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de redes de saúde comunitária. In: Fontes B, Martins PH, editores. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. 2ª ed. Recife: UFPE; 2008.
6. Meirelles BHS. *Viver saudável em tempos de aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV* [tese]. Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
7. Meirelles BHS. *Redes sociais em saúde: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem* [Trabalho apresentado como requisito para o Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto]. Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
8. Bornstein VJ, Stotz EM. *Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura*. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):259-68.
9. Ferreira ABH. *Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa*. 6ª. ed. Curitiba: Positivo; 2005.
10. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage; 1990.
11. Betinelli LA. *A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida* [tese]. Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

12. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 Supl):15-25.
13. Vidal SA, Silva EV, Oliveira MG, Siqueira AM, Felisberto E, Samico I, et al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003; 3(2):205-13.
14. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enferm*. 2005;13(2):262-8.
15. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):727-33.
16. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 3ª ed. Lisboa: Instituto Piaget; 2007.
17. Davim RMB, Torres GV. Acolhimento: opinião de puérperas em sistema de alojamento conjunto em uma maternidade pública de Natal/RN. *Rev Rene*. 2008;9(3):37-43.
18. 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.
19. Agostinho ME. Administração complexa: revendo as bases científicas da administração. *ERA Eletr*. [online] 2003 [citado em: 2009 maio 01]; 2(1). Disponível em: <http://www.rae.com.br/redirect.cfm?ID=1254>.
20. Nascimento KC, Erdmann AL. Perfil dos agentes comunitários de saúde e as ações de cuidado aos clientes portadores de hipertensão arterial. *Rev Rene*. 2000;6(3):95-104.
21. Barros MMM, Chagas MIO, Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):227-32.
22. Morin E. *Ciência com consciência*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2007.
23. Lanzoni GMM, Lino MM, Schweitzer MC, Albuquerque GL. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar Agentes Comunitários de Saúde e comunidade. *Rev Rene*. 2009; 10(4):145-54.

**RECEBIDO:** 01/10/2009

**ACEITO:** 03/05/2010