

## Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade

Communication in the Family Health Program: the health agent as an integrating link between the team and the community

Andréia dos Santos Cardoso<sup>1</sup>  
Marilene Cabral do Nascimento<sup>1</sup>

**Abstract** *This study is part of the project Evaluation of the Family Health Strategy in Rio de Janeiro, developed at Estácio de Sá University with support of the National Advice of Scientific and Technological Development (CNPq). The study aimed to identify and analyze the perception of the health communitarian agents (HCA) about their main interlocutors, the impact of these interlocutors and the predominant communication forms in their work process. It is a descriptive study, with a qualitative approach, based on theoretical-methodological categories of the popular education and the symbolic market communication model. The data was collected in four teams of the Family Health Program. The results show the communication maps elaborated with the HCA which identifies the group of technical support, the technician team, the HCA themselves and the old inhabitants of the community as their main interlocutors. The communication with the other professionals of the team is acknowledged in a predominantly verticalized way with authoritarianism traces. The results highlight the importance of extending the dialogue and negotiation in the established communication within the team and with the community.*

**Key words** *Health communitarian agent, Health communication, Social control*

**Resumo** *Este estudo é parte do projeto "Avaliação da Estratégia da Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro", desenvolvido na Universidade Estácio de Sá com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Buscou identificar e analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) quanto aos seus principais interlocutores, o grau de impacto destes interlocutores e as formas de comunicação predominantes no seu processo de trabalho. É um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com base em categorias teórico-metodológicas da educação popular e do modelo de comunicação do mercado simbólico. Os dados foram coletados em quatro equipes, de duas unidades do Programa Saúde da Família. Os mapas de comunicação elaborados com os ACS identificam o grupo de apoio técnico, a equipe técnica, os próprios ACS e os moradores antigos da comunidade como seus principais interlocutores. A comunicação com os demais profissionais da equipe é percebida de forma predominantemente verticalizada e com traços de autoritarismo. Os resultados revelam a importância de ampliação do diálogo e da negociação na comunicação estabelecida no interior da equipe e com a comunidade.*

**Palavras-chave** *Agente comunitário de saúde, Comunicação em saúde, Participação popular*

<sup>1</sup>Universidade Estácio de Sá. Rua do Riachuelo 27, Lapa. 20230-010 Rio de Janeiro RJ.  
erian.jv@bol.com.br

## Introdução

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988 e das leis 8.080/90 e 8.142/90, se traduziu em transformações de fato no sistema brasileiro de proteção social em saúde, seja ao afirmar o dever do Estado e a garantia de direitos, seja ao promover seus pressupostos de universalização, descentralização, integralidade e participação social<sup>1,2</sup>.

Entretanto, essas transformações não conseguiram alterar suficientemente a qualidade das ações de saúde, tornando-se necessário buscar novos saberes e práticas voltados a viabilizar a implementação do SUS e a contribuir para sua efetividade. Nesse sentido, a construção de novas estratégias assistenciais veio a assumir cada vez maior relevância.

A criação do Programa de Agentes de Saúde, incluído no Plano do Governo Estadual do Ceará, em março de 1987<sup>3</sup>, não apenas ilustra, como também expressa um marco neste processo. Baseado na experiência bem-sucedida do Estado do Ceará, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em vários estados brasileiros. Em março de 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), como forma de resguardar e oferecer maior capacidade resolutiva ao trabalho dos agentes de saúde<sup>4-6</sup>.

Ao reforçar a participação da comunidade e o vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população, o PSF tem sido apontado como uma estratégia de avanço na história recente de saúde pública no Brasil<sup>7</sup>. No contexto desta estratégia, o agente comunitário de saúde (ACS) é considerado o principal elo de ligação entre a Unidade de Saúde da Família (USF) e a comunidade, um profissional fundamental para o melhor desenvolvimento da assistência<sup>8</sup>.

O agente comunitário tem como função integrar a comunidade aos serviços de saúde e vice-versa, devendo atuar como facilitador da comunicação que se estabelece nesse processo<sup>9,10</sup>. Por ser morador da comunidade e estar em contato permanente com as famílias, pode facilitar o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizado por toda a equipe. Acredita-se que o agente comunitário representa para o sistema de saúde vigente um elemento com grande potencial de contribuição na reorganização dos serviços de saúde<sup>10,11</sup>.

O intuito de pesquisar o trabalho do ACS na realidade local das unidades do Programa Saúde da Família reveste-se da necessidade de compreendermos melhor as relações estabelecidas em suas

vivências e práticas sociais de trabalho. Por ser considerado um profissional com potencial de facilitar a comunicação no âmbito local do PSF, consideramos importante buscar informações sobre sua própria percepção quanto aos seus principais interlocutores e às formas de comunicação que predominam no cotidiano de suas atividades.

O objetivo deste estudo é, assim, o de dar voz aos agentes de saúde quanto às estratégias de comunicação presentes em sua prática na equipe de saúde da família. E, desta forma, contribuir para a sua reflexão, a desconstrução de modelos inadequados diante dos desafios que são apresentados aos ACS, assim como a identificação de formas de interação mais eficazes entre os serviços de saúde e a população assistida.

O estudo integra a pesquisa “Avaliação da Estratégia da Saúde da Família em dois Municípios da Área Metropolitana do Rio de Janeiro”, subprojeto “Comunicação e Educação nas Relações entre Profissionais de Saúde e Usuários do PSF”, desenvolvido pela Universidade Estácio de Sá com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família

A proposta de expansão e qualificação da atenção básica, representada pela Estratégia Saúde da Família, busca a superação do modelo hegemônico centrado na doença, através do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados<sup>12</sup>.

Uma equipe do Programa Saúde da Família é responsável pelo acompanhamento de seiscentas a mil famílias, não devendo ultrapassar o limite máximo de 4.500 pessoas. É composta basicamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A partir do ano de 2000, com o ingresso da saúde bucal no PSF, a equipe passou a contar com mais um dentista, um técnico de higiene dental (THD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD)<sup>13</sup>. Os agentes comunitários de saúde são responsáveis pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias, sendo considerados elo de ligação entre a equipe de saúde da família e a comunidade<sup>13</sup>.

Esta proposta de atenção à saúde apresenta características estratégicas para efetivar o Siste-

ma Único de Saúde (SUS), abrindo possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes e permitindo a integração e organização das ações de saúde em território definido. Tem por finalidade o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados, através da articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica. Visa permitir, desta forma, a integração dos distintos campos do conhecimento e, com isto, o desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais comprometidos com essa proposta de trabalho<sup>14</sup>.

O trabalho em equipe é considerado, no conjunto das características do PSF, um dos pressupostos centrais na reorganização do processo de trabalho, com maiores possibilidades de atuação congruente a uma abordagem integral e resolutiva<sup>15</sup>. A realização do trabalho em equipe através de uma construção compartilhada e coletiva, envolvendo os diversos saberes e práticas, ali atuantes, se constitui assim um importante desafio.

Espera-se com isto que os integrantes das equipes sejam capazes de conhecer e analisar o trabalho, verificando suas atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, permitindo o compartilhamento de conhecimentos e informações<sup>13</sup>.

O trabalho em equipe no PSF se propõe a ultrapassar o modelo técnico hierarquizado, ao buscar maior horizontalidade e flexibilidade dos diversos poderes, possibilitando autonomia e criatividade de todos os envolvidos, favorecendo assim, maior integração da equipe. Segundo Fortuna<sup>16</sup>, “o trabalho da equipe de saúde é considerado uma rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos”. Caso esta integração não aconteça, corre-se o risco de não avançarmos na mudança do modelo de saúde, de acordo com os pressupostos do SUS<sup>17</sup>.

O fato de o ACS estar inserido na comunidade e na equipe de saúde, pertencendo a um só tempo a esses dois grupos, pode agir como facilitador na criação de vínculos, na reorganização do trabalho em equipe, na ampliação do acesso aos serviços de saúde e na comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde<sup>10</sup>. A interação desta dupla inserção do ACS é exercitada a cada dia de trabalho, na medida em que este profissional consegue consolidar seu espaço na equipe de saúde e na comunidade.

Uma prática que aproxima relações de afeto e amizade a ações técnicas e resolutivas, mas que também inclui resistências, sensações desagradáveis e situações de conflito diante do desafio de

integrar as cobranças realizadas pela equipe e as demandas apresentadas pelas famílias. Integração esta que exige não apenas a mobilização do conjunto dos profissionais da equipe de saúde, mas também sua integração intersetorial, com a participação da sociedade e de outros segmentos do poder público.

### **Educação em saúde e construção compartilhada do conhecimento**

No PSF, de acordo com o Ministério da Saúde<sup>15</sup>, a educação em saúde é responsabilidade de todos que compõem a equipe de saúde da família. Permite à equipe, juntamente com a comunidade, identificar situações que coloquem em risco a saúde das famílias acompanhadas e enfrentar, de forma conjunta, os determinantes do processo saúde-doença-cuidado. Através de processos educativos, busca-se a autonomia, o autocuidado e a responsabilidade dos indivíduos envolvidos neste processo.

As práticas tradicionais de educação em saúde, entretanto, tendem a apresentar um discurso biologicista, autoritário e normatizador, que reduz a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual<sup>18</sup>. Ao não considerar suficientemente as condições de vida e de trabalho, acabam por culpabilizar os indivíduos por seus problemas de saúde.

A crítica a esta prática autoritária e normatizadora de educação em saúde vem favorecendo a proposta de educação popular, enquanto um instrumento de reorientação das atividades educativas no setor de saúde. “A Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário”<sup>18</sup>.

A proposta de participação e controle social presente nos pressupostos do SUS e do PSF, com reforço ao diálogo permanente e contínuo entre os profissionais de saúde e a comunidade, à criação de vínculos e à construção de ações interseccionais, vem propiciando maior visibilidade à metodologia da educação popular.

Ao comentar a convivência entre as práticas emergentes e hegemônicas, Alves<sup>18</sup> delinea dois modelos de educação em saúde, que podem ser referidos como modelo tradicional e modelo dialógico.

A educação dialógica visa à transformação de saberes já existentes, não mais pela imposição de um saber técnico-científico tido como atributo do profissional de saúde, mas sim pela busca de

autonomia e responsabilidade do indivíduo, que se dá principalmente pela condição de participação de todos os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, bem como pela compreensão da situação de saúde e a capacidade de decisão sobre si mesmo<sup>18</sup>.

Diante do avanço da proposta metodológica da educação popular, pautada no modelo dialógico, os sistemas de saúde passam a considerar outras dimensões envolvidas na construção do conhecimento. Em consequência, acredita-se que o discurso sobre saúde que invoca exclusivamente o saber técnico, do especialista ou do administrador (modelo tradicional de educação em saúde) perde gradativamente sua força, tendendo-se a uma maior valorização do discurso de outros atores sociais, tais como as famílias e as comunidades. O surgimento do PSF expressa uma estratégia capaz de estimular novas polifonias sociais a respeito da saúde<sup>19</sup>.

### Comunicação em saúde e o mercado simbólico

A 8ª Conferência Nacional de Saúde celebrou a ampliação do conceito de saúde, relacionando-o às condições de vida e não apenas à ausência de doenças. Ao estimular a participação popular, “afirma saúde como direito de cidadania, na linha que tornou a saúde inseparável da democracia. A educação, a participação e a liberdade de expressão tornaram-se requisitos do direito à saúde”<sup>21</sup>.

Segundo Araújo<sup>20</sup>, [...] **modelo de comunicação mais adotado no campo das políticas públicas, em geral e especificamente no da saúde coletiva é o da Comunicação & Desenvolvimento, introduzido no Brasil nos anos de 1950 [...] concebe a comunicação como moldagem de atitudes e comportamentos, que se efetivaria através de informação suficiente e adequada.**

Ainda de acordo com a autora, este modelo concebe a comunicação como moldagem de atitudes e comportamentos através de informação suficiente e adequada.

Uma dificuldade do modelo desenvolvimentista em dar conta da realidade comunicativa está na sua natureza linear e unidirecional. A comunicação é entendida como processo de repasse de mensagens de um pólo a outro, cuja maior preocupação, além de utilizar códigos reconhecíveis, é eliminar os chamados **ruidos** [...] Ou seja, eliminar a polifonia social e discursiva e garantir a linearidade do processo<sup>20</sup>.

Ao propor uma explicação da prática comunicativa nos processos de intervenção social, Araújo<sup>22</sup> desenvolveu o “modelo do mercado simbólico”, no qual afirma que ***O espaço da comunicação constitui um mercado simbólico, onde os sentidos são produzidos, circulam e são consumidos. Nesse mercado, os atores sociais negociam seu modo de perceber e classificar o mundo e a sociedade, em busca do poder de fazer ver e fazer crer, ou seja, o poder de constituir a realidade***<sup>21</sup>.

Entendemos que as categorias de polifonia social, interlocutores, lugar de interlocução e concorrência discursiva, utilizadas por Araújo<sup>20</sup> no modelo do mercado simbólico, contribuem para avançar a análise da comunicação no PSF, na medida em que traduzem não apenas a dimensão de acordos e alianças, realçada na categoria de construção compartilhada do conhecimento, mencionada antes, mas possibilitam que a análise focalize também o caráter de luta presente na comunicação, que supõe confrontos e embates.

Identificar os principais interlocutores no PSF, seus discursos e suas estratégias de comunicação poderá nos auxiliar a clarear os impasses e as potencialidades no processo de integração entre os atores sociais dedicados a construir um novo modelo de atenção à saúde: o SUS que queremos.

### Metodologia

O estudo traz uma abordagem socioantropológica, centrada na saúde coletiva e nos processos de comunicação e educação em saúde. Os referenciais teórico-metodológicos são da educação popular em saúde e do modelo do mercado simbólico, utilizados como norteadores do planejamento e execução da coleta de dados, favorecendo maior interação com os participantes da pesquisa, bem como instrumentalizando a organização e o tratamento analítico das informações identificadas. A opção metodológica é de natureza qualitativa, com caráter exploratório e estratégia descritiva.

O trabalho de campo aconteceu entre os meses de maio a outubro de 2006, na cidade do Rio de Janeiro, em duas unidades do PSF, junto a duas equipes de cada unidade, totalizando quatro equipes de saúde. As equipes que participaram do presente estudo são identificadas aleatoriamente em A, B, C e D, de maneira a preservar melhor o anonimato dos informantes. A população da pesquisa se constituiu do conjunto de profissionais de saúde das equipes estudadas, com focalização nos agentes comunitários de saúde.

A etapa de coleta de dados consistiu em três fases:

(1) Observação direta do trabalho desenvolvido pelos ACS, suas relações com a equipe e a comunidade, realizando as anotações em diário de campo;

(2) Grupos focais: esta fase consistiu em três encontros com pelo menos seis ACS de cada unidade do PSF, com duração de aproximadamente sessenta minutos cada, utilizando roteiro semi-estruturado. Após contarmos com consultoria técnica-metodológica de Inesita Araújo (pesquisadora do Instituto de Comunicação e Informação Tecnológica em Saúde – ICIT/Fiocruz), fizemos uma apropriação livre do modelo do mercado simbólico<sup>20-22</sup> e construímos, juntamente com os agentes comunitários de saúde, uma representação gráfica de seus múltiplos interlocutores e comunidades discursivas, por unidade do PSF estudada. Este instrumento possibilitou um autodiagnóstico das relações estabelecidas no processo de trabalho em equipe e com a comunidade, facilitando a análise das estratégias de comunicação identificadas;

(3) Entrevista individual: utilização de questionários semiestruturados, com o objetivo de esclarecer e aprofundar os achados nos mapas de comunicação construídos em grupo. Participaram desta fase doze ACS.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá. Apresentaremos a seguir, no Quadro 1, de maneira resumida, as etapas que constituíram as fases de coleta dos dados.

A categorização temática seguiu os critérios de identificação e diferenciação dos principais

núcleos de sentido<sup>23</sup>. As categorias teóricas utilizadas na análise são polifonia social, interlocutores, lugar de interlocução, construção compartilhada do conhecimento e concorrência discursiva.

### Os interlocutores com maior impacto no trabalho em saúde dos ACS das equipes A e B

A Figura 1 mostra os interlocutores identificados pelos ACS nas equipes A e B, o grau de influência desses interlocutores sobre a atuação dos ACS e as formas de comunicação predominantes. A seta unilateral  $\rightarrow$  indica uma comunicação mais vertical e autoritária, enquanto a seta bilateral  $\leftrightarrow$  expressa um maior espaço para diálogo, trocas e negociações.

#### Grupo de apoio técnico (GAT)

O GAT, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, destina-se a oferecer apoio técnico e operacional, consultoria e supervisão aos módulos de PSF na área estudada.

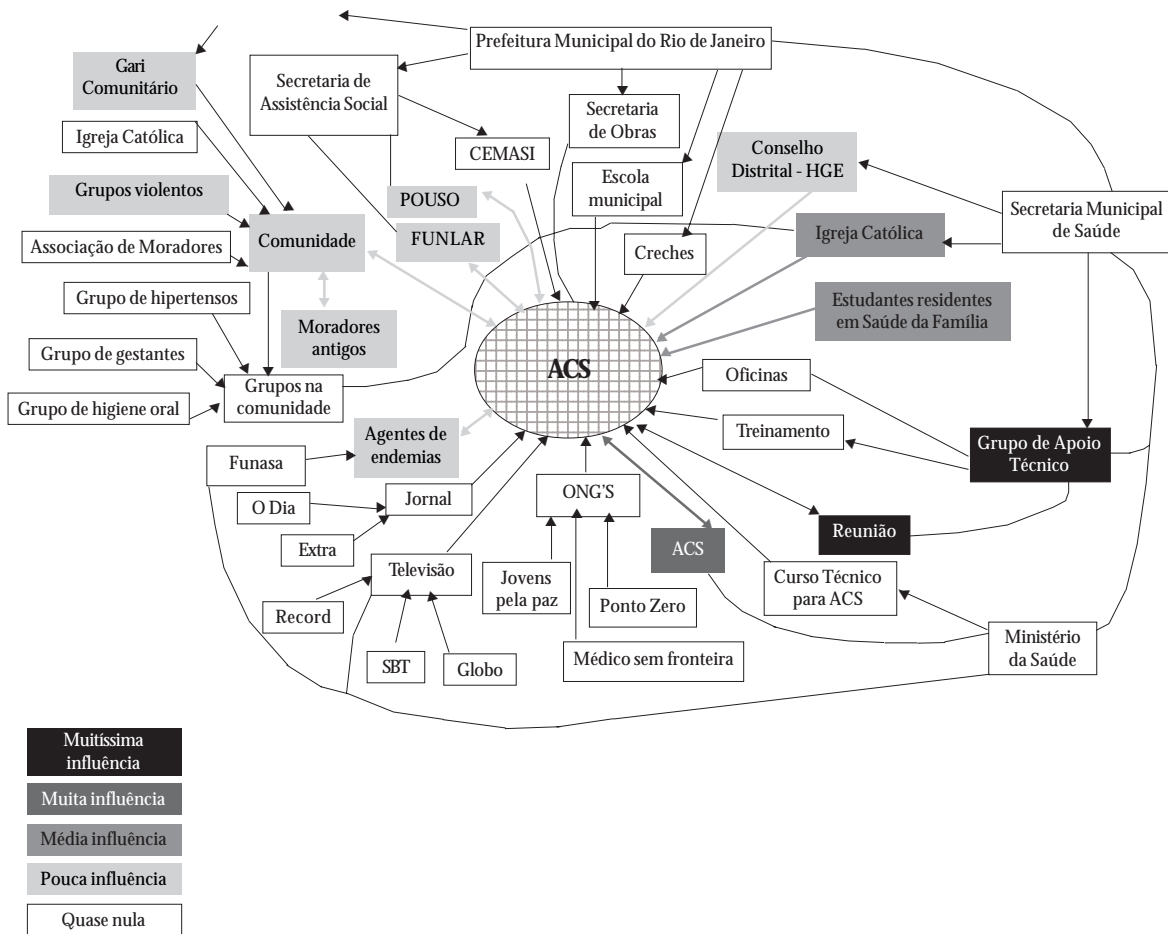
As reuniões entre os profissionais do GAT e os ACS receberam destaque no mapa das equipes A e B. Isto indica que os profissionais do GAT representam os interlocutores com maior impacto sobre os ACS daquelas equipes, o qual é exercido principalmente no espaço destas reuniões. Observe-se que a seta é bidirecional, o que indica uma relação que permite negociação e troca.

As oficinas e os cursos de treinamento oferecidos pelo GAT também foram mencionados, porém com menor influência sobre os ACS.

**Quadro 1.** Síntese da metodologia e fases da coleta de dados.

Fase	Método	Período	Local	Modo	Técnicas de coleta de dados	População
1º	Qualitativo	maio/outubro 2006	USF e comunidades	Individual e grupo	Observação direta	04 EqSF
2º	Qualitativo	julho/setembro 2006	USF	Grupo	Grupo focal (Desenhos e construção do mapa de comunicação)	15 ACS
3º	Qualitativo	agosto/outubro 2006	USF	Individual	Entrevista semiestruturada	12 ACS

USF – Unidade de Saúde da Família; EqSF – Equipe de Saúde da Família; ACS – Agente Comunitário de Saúde.



**Figura 1.** Mapa de Comunicação sobre o tema da saúde, de duas equipes (A e B) do Programa Saúde da Família, no Município do Rio de Janeiro - 2006.

### ACS

A comunidade discursiva formada pelos próprios agentes comunitários de saúde das equipes estudadas foi representada com muita influência sobre a categoria. A seta bidirecional indica espaço de trocas e negociações entre eles. Interessante mencionar que os ACS declararam-se um grupo forte e questionador quanto aos seus direitos.

### Equipe técnica e estudantes residentes

Este conjunto de profissionais, caracterizado pela formação em saúde em nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas), foi apontado como sendo o terceiro grupo de maior impacto sobre os ACS, representado no mapa com média

influência. A seta unidirecional expressa maior verticalização na comunicação no interior das equipes de saúde.

A equipe técnica desenvolve trabalho com grupos na comunidade, entre os quais os grupos de gestantes, de hipertensos e de higiene oral. Estes foram representados com influência quase nula na atuação dos ACS.

### Moradores antigos, garis comunitários e grupos violentos, todos vinculados à comunidade

São vozes da comunidade com expressão junto aos ACS. Dentre elas, a de maior influência é a comunidade discursiva dos moradores antigos. Estes participam nas atividades de equipe,

trocam informações e conseguem uma comunicação mais horizontal com os agentes, embora exerçam pouco impacto em sua atuação.

Os grupos violentos foram representados com pouca influência. Porém, podemos perceber a seta unidirecional, que indica uma posição autoritária em relação aos demais.

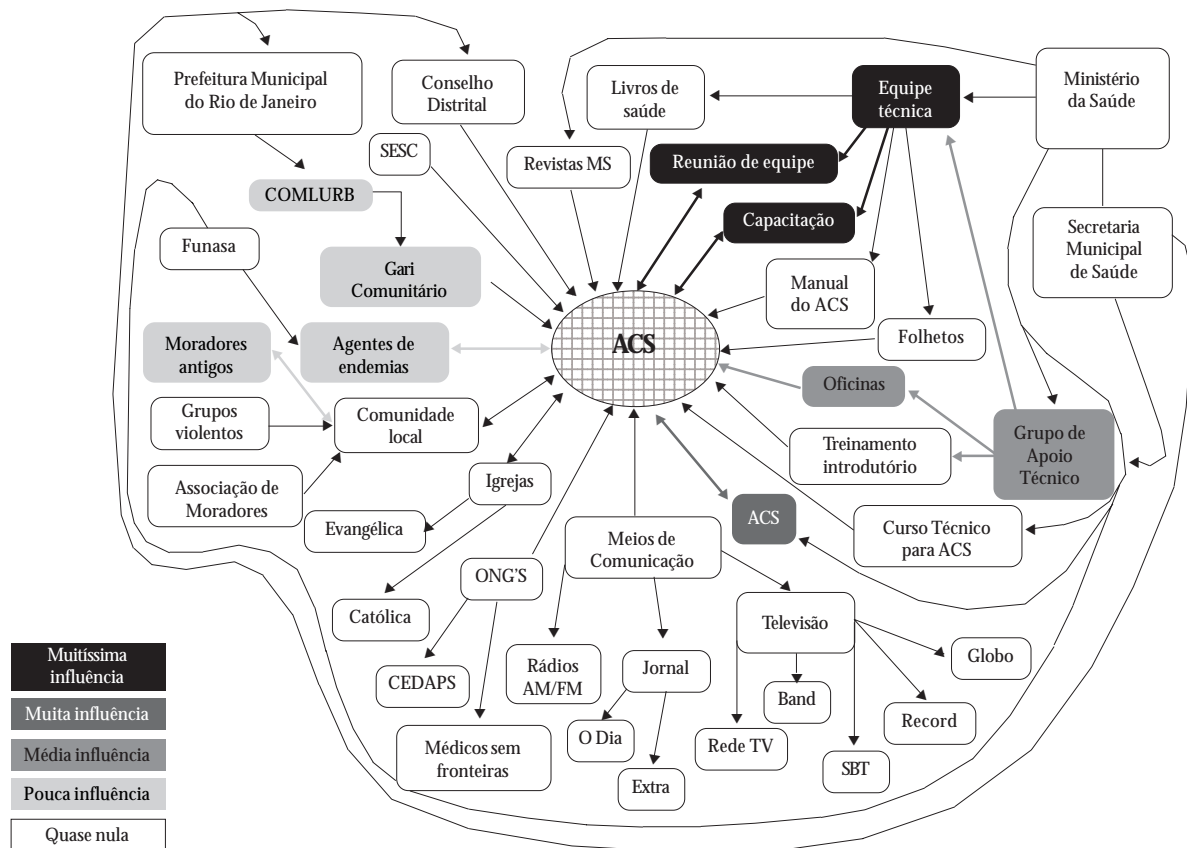
**Conselho distrital, agentes de endemias, Posto de Orientação Urbanística e Social (POUSO) e Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula (FUNLAR)**

Vinculados respectivamente a instituições públicas de saúde (Secretaria Municipal e Fundação Nacional) e áreas correlatas (Secretarias Municipais de Urbanismo e de Assistência So-

cial), estas comunidades exercem pouca influência, embora mantenham uma comunicação dialógica com os ACS.

**Os interlocutores com maior impacto no trabalho em saúde dos ACS das equipes C e D**

A Figura 2 mostra os interlocutores identificados pelos ACS nas equipes B e C, como também o grau de impacto desses interlocutores sobre a atuação dos ACS e a forma de comunicação que predomina na relação com cada um deles. Apresentamos a seguir uma breve identificação dos principais interlocutores mencionados e sua posição no mapa de comunicação.



**Figura 2.** Mapa do Mercado Simbólico sobre o tema da saúde, de duas equipes (C e D) do Programa Saúde da Família, no Município do Rio de Janeiro - 2006.

### **Equipe técnica**

Interlocutor com maior influência na atuação dos ACS, exercida principalmente através das capacitações, que permitem trocas e negociações entre os participantes. As reuniões com a equipe técnica também foram apontadas como espaço de grande influência, porém com menores possibilidades de trocas.

Os livros de saúde, manual do ACS e folhetos, utilizados como material educativo para treinamentos em serviço, foram mencionados com influência quase nula sobre os ACS.

### **ACS**

Semelhante ao que foi comentado nas equipes A e B.

### **Grupo de apoio técnico (GAT)**

Apontado em terceira colocação pelos ACS destas equipes. Representado com média influência, este grupo mantém uma relação mais próxima com a equipe técnica. Está representado com seta unidirecional, tanto na comunicação com os ACS quanto com os demais membros da equipe.

O treinamento introdutório e o curso técnico proposto pelo MS para ACS foram representados com influência quase nula e seta unidirecional.

### **Moradores antigos, associações de moradores e grupos violentos**

Os moradores antigos também foram considerados com grande participação no trabalho do agente. Estes dados foram semelhantes aos resultados encontrados nas equipes A e B.

Tanto os grupos violentos como a associação de moradores estão representados com influência quase nula e seta unidirecional na relação com o ACS. Note-se que os garis comunitários não foram considerados vozes da própria comunidade nestas equipes, sendo representados com pouca influência e seta bidirecional.

O mapa das equipes C e D apresentou em sua constituição um menor número de interlocutores, se comparado ao mapa das outras duas equipes, o que expressa as diversas realidades e especificidades das comunidades onde realizamos a pesquisa.

### **A preponderância do saber técnico-científico**

Com base na análise dos mapas de comunicação, identificamos os principais interlocutores dos ACS das equipes A, B, C e D. São eles: o GAT, os profissionais das equipes do PSF (equipes técnicas e ACS) e os grupos presentes nas comunidades locais (moradores antigos, garis comunitários e grupos violentos).

Como podemos perceber nos mapas, as maiores influências sobre a atuação do ACS estão vinculadas às instituições de saúde (MS e SMS), enquanto que as vozes da comunidade ainda são identificadas com pouca ou quase nula influência. Cabe aqui uma reflexão quanto às posições atribuídas a essas comunidades discursivas.

De acordo com nossos entrevistados, a comunicação entre as instituições de saúde e os ACS ainda se dá de forma predominantemente verticalizada, com pouco espaço para diálogo e participação. O nível hierárquico superior é representado pelo MS, através de atividades programadas e repassadas à SMS, a qual se encontra representada nas USF pelas equipes do GAT.

Uma possível compreensão da baixa relevância atribuída às vozes da comunidade no trabalho dos ACS passa pela maior valorização do saber científico. A forma hierarquizada dos serviços de saúde, pautada em critérios técnico-científicos, traz consequências diretas ao desenvolvimento das atividades dos agentes comunitários, que tendem muitas vezes a reproduzir orientações técnicas recebidas no interior da equipe sem, contudo, considerar suficientemente suas percepções do contexto local ou as demandas das famílias que não correspondam às indicações e protocolos previamente definidos nas unidades de saúde.

Diante deste quadro, como pensar a prática do ACS como um novo profissional capaz de integrar o serviço de saúde à comunidade? Quais as possibilidades de ampliar a participação popular e o acolhimento às demandas da comunidade, conferindo maior capacidade de autonomia nas decisões das equipes com respeito às diversidades locais?

Os ACS entendem que o autoritarismo manifesto com alguma frequência pelo GAT decorre de outros níveis do sistema, apontando, assim, uma linha hierárquica e vertical que atravessa os serviços de saúde. Justificam desta forma as cobranças do GAT à equipe técnica, e desta aos ACS,



sem que haja muitas vezes espaço suficiente para discussão e adequação das diretrizes determinadas em níveis mais centrais do setor de saúde ao contexto local, da equipe e das famílias atendidas.

### **A interlocução com a equipe técnica**

A fragmentação das tarefas ainda é muito comum no trabalho em equipe, havendo uma divisão de responsabilidades específicas para cada profissional, sem que haja suficiente conhecimento e participação de todos os envolvidos. Desta forma, os profissionais de saúde têm dificuldade em considerar o trabalho em sua totalidade, continuando a valorizar as especialidades e a hierarquia de conhecimentos.

Reuniões regulares, geralmente semanais, fazem parte do processo de trabalho das equipes estudadas, com o propósito de planejar e avaliar as ações. Estas reuniões podem ser um espaço capaz de facilitar a interação entre os profissionais, permitindo a participação e a troca de informações e saberes, ou um exercício hierárquico, em que o poder de falar tende a ser concentrado e menos flexível.

O que se observou neste estudo, porém, é que este momento ainda é frequente e fortemente marcado pela hierarquia de cargos e funções. Situação em que os lugares de interlocução mais centrais estão concentrados na fala do médico, do enfermeiro e do dentista, que assumem maior preponderância no espaço discursivo no interior da equipe, com uma tendência à desvalorização e mesmo ao silenciamento das demais falas.

A equipe técnica assumiu posições discursivas e formas de comunicação diferenciadas nos dois mapas. Foi representada pelos ACS das equipes A e B com média influência e seta unidirecional, indicando poucas possibilidades de participação e diálogo com os demais integrantes da equipe de saúde. Diante deste quadro, os ACS encontram estratégias próprias de enfrentamento, como o silenciamento nos espaços coletivos da equipe, abdicando de suas vozes e iniciativas, o que leva a limitar o seu envolvimento nos trabalhos desenvolvidos. Neste caso, buscam espaço de expressão e apoio no GAT e entre eles próprios.

Já nas equipes de saúde C e D, as equipes técnicas foram apontadas com muitíssima influência e seta bidirecional, principalmente nas ações de capacitação oferecidas aos agentes. Nestas equipes, os ACS conseguem expor suas opiniões e participar mais ativamente, compartilhando mais facilmente as atividades da equipe. Os agen-

tes se percebem mais integrados no grupo, o que se expressa em maior motivação e comprometimento com as ações desenvolvidas.

### **O ACS como amplificador de vozes da comunidade e dos serviços de saúde**

Na construção e discussão dos mapas de comunicação, os agentes identificaram-se como uma categoria que apresenta autoinfluência nas informações de saúde e em suas relações de trabalho.

Residentes na comunidade, se consideram interlocutores da população local. Percebem-se como representantes das reivindicações dos moradores juntamente aos serviços de saúde e na busca por ações intersetoriais; na comunidade, reforçam as informações do serviço para os moradores.

De acordo com o contexto apresentado, os agentes de saúde assumem diferentes lugares de fala, ora como morador da comunidade, reivindicando direitos sociais, ora como agente de saúde, que considera ter adquirido maiores conhecimentos sobre as condições de saúde-doença-cuidado; ora como parente, vizinho, fiscalizador e representante da comunidade diante de outros órgãos públicos, ora ainda como trabalhador, defendendo interesses de sua categoria profissional.

São chamados a realizar suas atividades profissionais em diversos espaços, como mencionado pelos entrevistados: nos domicílios, na igreja, supermercado, etc. Ao mesmo tempo, são cobrados na comunidade quanto à situação do lixo, desemprego, ratos, maus tratos à criança e ao idoso, entre outros temas. Transitam entre os diferentes lugares de fala de acordo com os cenários e as condições vivenciadas no desempenho de suas funções.

Entretanto, valorizam que suas falas possam reproduzir o saber científico, o que muitas vezes contribui para uma redução da complexidade dos casos e da possibilidade de uma abordagem mais integral de indivíduos e famílias, situação que tende a se acentuar quando não conseguem espaço suficiente para expressar e refletir suas próprias percepções no interior da equipe.

### **A participação dos interlocutores da comunidade no trabalho do ACS**

Identificamos os principais interlocutores dos agentes comunitários na comunidade de sua atuação. Os moradores antigos foram considerados

participativos no trabalho do ACS e na unidade de saúde, permitindo o diálogo e a troca de informações. Entretanto, estão representados nos mapas em um lugar discursivo de pouca influência, especialmente em comparação aos grupos vinculados diretamente às instituições de saúde.

Os ACS mencionaram algumas situações de resistência dos moradores em relação ao seu trabalho: a omissão de informações aos ACS e a outros profissionais de saúde; a recusa ao atendimento e à visita domiciliar; a procura de outros meios para conseguir atendimento na unidade de saúde, colocando os agentes em situação desfavorável diante da equipe, que tende a traduzir o fato como ausência do profissional na microárea.

Esses casos de resistência, podem ser entendidos como limitações e dificuldades na interação entre os ACS e os demais moradores, em que os primeiros fazem uso de seu poder para o estabelecimento de comportamentos, enquanto os moradores, como forma de se defender ou por não atribuir suficiente legitimidade ao lugar de fala dos ACS, tendem a desqualificá-los ou mesmo ignorá-los.

Os garis comunitários são moradores da comunidade e vinculados à Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB), para atuar na coleta de lixo e limpeza local. Foram percebidos pelos ACS ora como uma voz da comunidade, ora como representantes institucionais. Em ambos os casos, foram representados como interlocutores de fácil acesso, que oferecem apoio ao trabalho do agente de saúde. A associação de moradores, por sua vez, foi considerada com pouca influência pelas quatro equipes estudadas. Os grupos violentos, mencionados nos dois mapas, ocupam um lugar autoritário e intimidador, mas também com pouca influência na ação dos ACS.

### **Vozes intersetoriais na comunicação com o ACS**

Embora algumas instituições não diretamente vinculadas ao setor de saúde tenham sido mencionadas nos mapas de comunicação analisados, de uma maneira geral, o impacto que exercem na interlocução e na atuação dos agentes se mostrou pouco expressivo. Alguns segmentos vinculados ao poder público (Secretarias Municipais de Assistência Social e de Urbanismo) alcançaram uma influência maior, mas também limitada.

As igrejas foram mencionadas principalmente por suas contribuições na cessão de espaços físicos para a realização de campanhas de vacinação

e atividades educativas. Outras instituições, entretanto, como organizações não-governamentais (ONGs) e meios de comunicação de massa, foram representadas com influência próxima a nula na atuação dos ACS.

A presença de representantes de várias instituições nas comunidades não se revelou para os ACS enquanto parcerias significativas no desenvolvimento das ações de saúde, o que coloca em questão o alcance da intersectorialidade na atuação desses profissionais.

### **Considerações finais**

Não devemos desconsiderar os avanços obtidos com a reforma sanitária, ao garantir espaço legal de participação da população e favorecer condições mais igualitárias, justas e democráticas. O PSF é considerado uma estratégia capaz de facilitar a implementação desta proposta, pela proximidade de seus profissionais com a comunidade e as famílias acompanhadas, prestando um atendimento mais humanizado, comprometido com a população local e a transformação social.

O agente comunitário é visto com um grande potencial para permitir a união entre os serviços de saúde e a comunidade, considerando as singularidades locais. Porém, na prática de sua atuação, podemos perceber frequentemente uma outra direção, na qual ainda predomina o modelo centrado na doença, fiscalizador, avaliado por medidas prescritivas. Estas atitudes encontram-se reforçadas pelas situações hierárquicas do sistema de saúde.

As relações dos ACS estabelecidas tanto na equipe técnica, como na comunidade revelam uma interação insuficiente entre as diferentes categorias profissionais e os segmentos sociais envolvidos, o que nos leva a considerar fundamental uma reflexão e avaliação do processo de trabalho e de formação (continuada e permanente) dos profissionais, enfocando a centralidade do diálogo, das trocas e das negociações na dinâmica de transformação social.

Ainda que haja avanços importantes, como expressa a inclusão dos ACS na equipe de saúde, a prática da comunicação tradicional se repete, com as vozes dominantes procurando manter seu lugar de fala, a valorização de discursos verticalizados e uma escuta ainda reduzida de outros segmentos sociais, sendo esta uma das grandes dificuldades para avançarmos no processo de compreensão e de mudança efetiva nas dinâmicas locais.

Uma relação mais dialógica e participativa tende a permitir o desenvolvimento de competências no trabalho do ACS, como maior autonomia, iniciativa e compromisso, o que se reflete em suas relações com os moradores e abre maiores possibilidades de participação e compreensão de suas necessidades. É interessante comentar que, nas equipes nas quais observamos maior predomínio de formas de comunicação verticais e autoritárias, os ACS tendem a adotar suas próprias estratégias de enfrentamento, percebidas pelos demais membros da equipe como alienação ou descompromisso, frequentemente mencionadas para justificar a pouca participação desses profissionais.

Como propor aos ACS a função de facilitadores de vínculos, favorecendo o acesso aos serviços de saúde e a participação da população, quando estes são estimulados a ditar mudanças de comportamentos através de informações técnicas? Como esperar dos ACS uma relação dialógica e participativa com a comunidade, quando não conseguem vivenciar suficientemente este modelo no interior das equipes em que trabalham e nas capacitações profissionais que recebem?

Ao representar para a comunidade predominantemente o lugar instituído dos serviços de saúde, os ACS tendem a ter como resposta dos moradores estratégias de enfrentamento e resistência. Captar as necessidades de cada um dos envolvidos requer dos profissionais abertura, escuta, estabelecimento de vínculo, laços de confiança, oferecendo possibilidade para a fala e para o diálogo, com compreensão empática das necessidades.

Entendemos que o trabalho em equipe no PSF deve ser reavaliado por todos os envolvidos. O encontro nas reuniões de equipe pode ser um espaço propício a esta mobilização, permitindo avanços no sentido de colaborar para uma maior aproximação de todos, favorecendo trocas e crescimentos e facilitando as relações com a comunidade. Incluir o agente comunitário desde o planejamento das atividades, até sua execução e avaliação, poderá contribuir no seu envolvimento nas diferentes atividades, as quais se concentram na grande maioria das vezes sob a responsabilidade do médico ou do enfermeiro.

Entretanto, notamos uma predominância nos espaços das reuniões de transmissão de informações como estratégia de comunicação, frequentemente já elaboradas por outros níveis hierárquicos, ficando a equipe responsável apenas por executá-las, o que reproduz formas tradicionais, verticais e autoritárias de comunicação e expressa relações de poder que persistem, apesar do discurso comprometido com a participação social no setor de saúde e na sociedade.

Através dos resultados obtidos com este estudo, consideramos que a mobilização social envolvendo profissionais e população atendida no PSF seja essencial para se alcançar resultados mais condizentes com os princípios do SUS, em especial os de participação da população, intersetorialidade e integralidade das ações, o que requer um modelo de comunicação mais avançado, capaz de sustentar práticas coerentes com a democracia e o conceito ampliado de saúde.

## Colaboradores

AS Cardoso foi responsável pelo delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. MC Nascimento foi responsável pela orientação e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão do artigo.

## Referências

1. Brasil. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal; 1988.
2. Heimann LS, Mendonça MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerchamn S, Edler FC, organizadores. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 481-502.
3. Minayo MCS, D'Elia JC, Svitone E. **Programa de Saúde do Ceará: estudo de caso**. Brasília: UNICEF; 1990.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Secretaria de Assistência à Saúde. **Avaliação da implementação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF: relatório preliminar**. [site da Internet] [acessado 2006 Nov 05] Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/publicacoes/download/Relpsf2.zip>
5. Viana A, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis (Rio J)** 1998; 8(2):11-48.
6. Vasconcelos EM. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 1999.
7. Cordeiro H. **SUS – Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri; 2005.
8. Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico na Internet] 2000 jan-jun [acessado 2006 mar 03]; 2(1):[cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/678/748>
9. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saude Publica** 2002; 18(6):1639-1646.
10. Silva RVB, Stelet BP, Pinheiro R, Guizard FC. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ/ABRASCO; 2005. p. 75-90.
11. Silva JA, Dalmaso ASW. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. [site da Internet] [acessado 2006 nov 05]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atenaobasica>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
14. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saude Publica** 2001; 35(3):1-15.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
16. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2005; 13(2):262-268.
17. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção a saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface (Botucatu)** 2001; 5(9):150-153.
18. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)** 2004; 9(16):39-52.
19. Oliveira VC. A comunicação e o programa de saúde da família. In: **IV Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde; painel “Comunicação Educativa para o Programa de Saúde da Família”**; 2001; Vitória-ES.
20. Araújo IS. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface (Botucatu)** 2003; 8(4):165-177.
21. Cardoso JM. Comunicação e saúde: uma idéia e cinco desafios para ampliar a participação e o controle social. In: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Seminário de Comunicação, Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
22. Araújo IS. Razão polifônica: a negociação de sentidos na intervenção social. **Rev. Perspect. Cienc. Inf** 2003; n. especial: 46-57.
23. Minayo MCS. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 1994.

Artigo apresentado em 20/11/2007

Aprovado em 05/05/2008

Versão final apresentada em 15/12/2008