



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Alécio de Oliveira Rodrigues, Ana Áurea; Maia dos Santos, Adriano; Araújo Assis,
Marluce Maria

Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 3, mayo, 2010, pp. 907-915

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028839033>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia

Health community agent:
subject of the buccal health practice in Alagoinhas, Bahia State

Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues¹

Adriano Maia dos Santos²

Marluce Maria Araújo Assis¹

Abstract *This study about the work of micro politics was carried out by the Buccal Health Team (ESB) in the Family Health Program (PSF) of Alagoinhas, Bahia State, and has as central theoretical purpose the specific and singular forms in the practice of daily work, using the technologies (hard, light-hard and light). The methodological trajectory is based on the historical-social current in view of a dialectic approach of qualitative nature. The techniques of data collection used were: semi structured interview, observation of the work process and documental analysis. The analysis of the data was oriented by the hermeneutics-dialectics, allowing to compare the different levels of analysis, articulating the theoretical with the empirical evidence. The results reveal that the Family Health Teams are multidisciplinary, but have still not developed an interdisciplinary work, hence occurring juxtaposition of skills. Each unit plans their work process according to the singularities of the social subjects, implementing different characteristics in how to welcome, inform, attend and refer. An effort in changing the work process can be perceived in the perspective of amplified clinic with the health community agent standing out as a social/collective subject.*

Key words *Community health agent, Family Health Program, Practices, Buccal health*

Resumo *Este estudo sobre a micropolítica do trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas (BA) toma por pressuposto teórico central as formas específicas e singulares no exercício do trabalho cotidiano, utilizando-se das tecnologias (duras, leve-duras e leves). A trajetória metodológica é fundamentada na corrente histórico-social, à luz de uma abordagem dialética de natureza qualitativa. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram entrevista semiestruturada; observação do processo de trabalho e análise documental. A análise dos dados foi orientada pela hermenêutica-dialética, permitindo confrontar os diferentes níveis de análise, articulando o teórico com o empírico. Os resultados revelam que as Equipes de Saúde da Família são multidisciplinares, mas ainda não desenvolvem um trabalho interdisciplinar; ocorrendo justaposição de saberes. Cada unidade planeja seu processo de trabalho de acordo com as singularidades dos sujeitos sociais, implementando características diferentes no acolher, informar, atender e encaminhar. Percebe-se um esforço em mudar o processo de trabalho, na perspectiva da clínica ampliada, com o agente comunitário de saúde se destacando como sujeito social/coletivo.*

Palavras-chave *Agente comunitário de saúde, Programa de Saúde da Família, Prática, Saúde bucal*

¹ Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina s/n, Novo Horizonte. 44036-900 Feira de Santana BA. aleccio@terra.com.br

² Instituto Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Bahia.

Introdução

Na organização do trabalho da saúde bucal, as atividades específicas dos vários profissionais envolvidos traduzem separações que permitem a distinção entre diversos graus de complexidade dos trabalhos parciais ou especializados, os quais requerem, também, diferentes graus de formação do trabalhador.

Temos, assim, que o processo de trabalho, também na saúde bucal, somente pode ser apreendido enquanto tal, se considerados, simultânea e articuladamente, todos os seus componentes. E, ainda, que um dado processo de trabalho não ocorre isoladamente, mas sim numa rede de processos que se alimentam reciprocamente.

Ocorre, nessa rede, o encadeamento de distintos processos de trabalho que se diferenciam pela sua peculiar conexão dos elementos constituintes (objeto, instrumentos, atividades) e se integram por meio das relações entre as necessidades que precisam internalizar para se realizar. Distintas áreas profissionais, cada qual realizando um processo de trabalho próprio, encontram nas necessidades de saúde seu ponto de confluência. Necessidades essas que se manifestam e são apreendidas desde diferentes ângulos ou aspectos, porém sempre referidas ao mesmo âmbito de carecimentos humanos, à mesma esfera da vida humana, à saúde¹.

Nesse sentido é que os elementos constitutivos de um processo de trabalho se articulam através das relações sociais e técnicas, desenvolvidas através de práticas institucionais tecnologicamente distintas, constituindo-se em atividades de saúde, linguisticamente mediadas, ou seja, de natureza também simbólica, atada, portanto, ao conjunto das práticas sociais², que irão determinar o modo como será realizado o trabalho, ou seja, o seu modo de produção.

As relações entre os sujeitos podem ser, de um lado, sumárias e burocráticas, em que a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos; por outro lado, podem se dar como relações “intercessoras”, estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde³.

Para Merhy e Franco⁴, esse trabalho é sempre relational, dependendo do “trabalho vivo” em ato, isto é, o trabalho no momento em que se está produzindo, ressaltando a importância das tecnologias leves como fundamental para a produção do cuidado.

As discussões na área de saúde e os projetos de intervenção dos vários grupos sociais interes-

sados no setor têm destacado a necessidade de mudanças do modo de trabalhar na área, em todos os seus níveis de organização, não se devendo deixar de avaliar a situação macropolítica e a sua influência nos serviços. Mas é importante se dedicar à análise do espaço onde se dão as questões micropolíticas dos processos de trabalho em saúde, na tentativa de procurar novas pistas para tratar as intenções de transformação que permeiam o setor saúde⁵.

Nesse espaço intercessor, os sujeitos em ação, indivíduos com singularidades e contextos diferentes passam a atuar como sujeitos que se inter-relacionam e se complementam para a produção do cuidado, agindo, então, como atores que se articulam com criatividade no sujeito coletivo⁶.

O trabalho das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família busca romper a divisão especializada do trabalho e está voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações, com a proposta de garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial⁷.

A inserção das ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, em 2001, teve, seguindo os princípios do SUS, a intenção de substituir as práticas tradicionais exercidas nas unidades de saúde. Desde então, muitas mudanças vêm ocorrendo no âmbito da saúde bucal coletiva; no entanto, ainda são evidentes os muitos problemas que precisam ser solucionados para vencer a iniquidade do acesso ao setor.

Peduzzi e Palma⁸ consideram que, na equipe multiprofissional, ocorre uma intersecção de variados objetos e instrumentos dispostos lado a lado, de modo fragmentário, deixando transparecer o rol de atividades de cada agente, bem como o conjunto de procedimentos dos múltiplos agentes. Verifica-se uma mera justaposição de trabalhos: cada parcela se apresenta como exercício autônomo e independente.

Consideramos, então, que nas equipes de saúde os profissionais atuam como “trabalhadores”, em diferentes processos, com objetos próprios, saberes e instrumentos que conformam as especificidades⁶.

Essas relações, também nas Equipes de Saúde Bucal, não devem se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico, devendo interagir com os outros profissionais, de forma a ampliar o seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções precisa acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde, para pos-

sibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos das suas práticas. A ESB deve ser – e se sentir – parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção⁹.

Existe, nas equipes, um esforço em se realizar as ações de âmbito coletivo, com a participação de toda equipe do PSF, mas, ainda assim, as dificuldades são muitas. Os profissionais da ESF têm participado das ações mais gerais, em conjunto com as ESB, mas, quando se trata de questões mais específicas, não existe, realmente, um trabalho interdisciplinar, o que não contribui para a apropriação da saúde bucal, por parte dos médicos, enfermeiros e demais trabalhadores, de forma que venha a se tornar objeto de suas práticas⁶.

Na ESB, a oferta de ações é o momento da intervenção tecnológica e assistencial propriamente dita, definida no consultório a partir da consulta odontológica, comandada e estruturada pelo saber do cirurgião-dentista que, na definição dos procedimentos a serem realizados, age como sujeito, executando escolhas e realizando vontades que não são exclusivamente técnicas, mas expressão de valores éticos e projetos ou interesses políticos, através da técnica¹⁰.

O trabalho assistencial em saúde sempre requer alguma forma de autonomia dos agentes. Requer a tradução de normas gerais a casos particulares que devem ser considerados o mais próximo possível dessa singularidade. Na sua dimensão operante, trata-se de intervenção técnica permeada por relações interpessoais, o que lhe atribui algum grau de incerteza intrínseca⁶.

Na análise do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB), realizada em pesquisa de mestrado, no ano de 2004, no município de Alagoinhas (BA), um ator se destacou: o agente comunitário de saúde (ACS), sujeito com um agir singular, integrando comunidade e serviços de saúde, produzindo um território comum. O ACS atua como um sujeito que possibilita a comunicação entre os usuários e os trabalhadores de saúde, articulando escuta e fala, sendo um facilitador na criação do vínculo interpessoal¹¹. Para Nunes *et al.*¹², o ACS tem se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos, um elo cultural que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e do saber popular.

O trabalho dos agentes comunitários de saúde, inseridos nas Equipes de Saúde da Família, diferencia-se da prática dos demais componentes da equipe, na relação que estabelecem com a

comunidade. No cotidiano de sua prática, assumem atividades que extrapolam as ações determinadas nas normas do Ministério da Saúde, evidenciando uma flexibilização das tarefas, na tentativa de dar respostas positivas às demandas da população. Dessa forma, acabam rompendo o enrijecimento da organização do trabalho, que se dá quando a divisão de tarefas é bem definida e cada trabalhador fica responsável pelo seu campo exclusivo de atuação. Neste sentido, “mais do que estar próximo da comunidade e da equipe de saúde, o agente comunitário pertence a esses dois territórios, podendo ser facilitador da criação de vínculos”¹¹.

O presente artigo tem como objetivo analisar o papel do agente comunitário de saúde no cotidiano da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas (BA), considerando a construção de saberes e práticas relacionadas ao campo da Saúde Coletiva.

Metodologia

Optou-se por uma abordagem histórico-social e crítico-analítica pela possibilidade de conhecer os processos que delineiam os distintos padrões da relação entre Estado e sociedade, bem como as características dessa configuração no encaminhamento das propostas de mudança do setor saúde, o que permite responder a questões complexas nas suas distintas dimensões^{13,14}.

Discute-se o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal partindo da observação da prática e de entrevistas com trabalhadores de saúde, sustentando-se em Mendes-Gonçalves¹⁵ e Merhy⁵, pelo contraste entre aspectos objetivos e subjetivos do processo de trabalho e as concepções desses agentes a respeito do mesmo e das diversas questões a ele conexas.

A relação dos sujeitos envolvidos na produção do serviço de saúde foi analisada a partir da prática da Equipe de Saúde Bucal inserida na Unidade de Saúde da Família, articulada com os princípios teóricos que norteiam as ações na área de saúde bucal, realizando confronto entre os dados empíricos (entrevista e observação) e a análise de documentos.

A investigação foi realizada no sistema de saúde de Alagoinhas (BA), município localizado a 107 quilômetros de Salvador, com uma população estimada de 138.366 habitantes¹⁶. A escolha do município foi intencional, pois já existia um serviço relativamente estruturado, com a implantação das Equipes de Saúde Bucal, no PSF, desde 2001.

No recorte temporal da pesquisa, o município possuía 21 Equipes de Saúde da Família, responsáveis, aproximadamente, por 52% de cobertura da população, oferecendo serviços médicos, de enfermagem e de saúde bucal. As Equipes de Saúde Bucal eram compostas por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD), trabalhando em conjunto com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS (equipe mínima), na proporção de uma ESB para cada duas equipes do PSF.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram entrevista semiestruturada, por se tratar de uma forma privilegiada de coleta de informações para as ciências sociais, oferecendo a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas¹⁴; observação do processo de trabalho, estratégia essencial no trabalho de campo da pesquisa qualitativa, processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica, sendo o observador parte do contexto sob observação, que ao mesmo tempo modifica e é modificado por esse contexto¹⁴, e análise documental, utilizada de forma complementar.

Formularam-se roteiros temáticos utilizados na condução das entrevistas e da observação da prática, tendo como eixo condutor três questionamentos centrais: (1) quais as práticas, individuais e coletivas, desenvolvidas pelos ACS; (2) como se dava a articulação entre os ACS, a equipe de saúde bucal e os usuários; (3) quais os instrumentos de trabalho e qual o significado do trabalho em saúde bucal para ACS.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os cirurgiões-dentistas, os auxiliares de consultório dentário e os agentes comunitários de saúde, contemplados em onze entrevistas, e observados em quatro diferentes USF.

Para a análise do material empírico, inspirou-se na proposta da hermenêutica-dialética, baseando-se em Minayo¹⁴, cujo objeto de análise é a práxis social, e o sentido que se busca é a afirmação ético-política do pensamento e, ainda, segundo Assis¹⁷, possibilita o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. A análise de um contexto histórico-estrutural específico exige um movimento contínuo entre os

dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador.

Na transcrição das gravações, manteve-se a informação coletada, na forma usada pelo interlocutor, mesmo em desacordo com a norma (gramatical) oficial, respeitando-se os vícios de linguagem, as pausas, ou seja, a maneira peculiar que cada indivíduo tem de se expressão oralmente.

Seguiu-se a Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde¹⁸, e a coleta dos dados foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, que em reunião plenária do dia 16 de dezembro de 2003 considerou pertinentes o projeto e os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que deveriam ser assinados por todos os sujeitos da investigação.

Agente comunitário de saúde: práticas, articulações e instrumentos

Nas entrevistas e nas observações da prática, os agentes comunitários de saúde demonstram-se com bom nível de conhecimento em relação às necessidades da população, inclusive no campo da saúde bucal. Nesse sentido, a implantação das Equipes de Saúde da Família, a princípio composta por médico, enfermeira e técnico em enfermagem, que, em 2000, passou a incorporar trabalhadores de saúde bucal, amplia o processo de trabalho do ACS, pois esse deixa de atuar sozinho, passando a interagir com uma equipe multiprofissional^{19,20}.

O PSF, também, possibilitou avanços na atenção à saúde bucal, pois permitiu a ampliação do cuidado, incorporando novas práticas e novos sujeitos, impingindo novas articulações e novos instrumentos no processo de trabalho, orientados pelo dispositivo do acolhimento²¹.

Os trabalhadores, durante a pesquisa empírica, ao tratar das mudanças que ocorreram no município, após implantação das ESB, manifestam de forma convergente que houve melhorias e ganho em resolubilidade. Tal fato é assim sintetizado: *Quando a gente trabalhava com o PACS, a gente só fazia mesmo a parte de palestra, de educação, porque não tinha pra onde mandar esses pacientes. Pra comunidade foi maravilhoso e pra gente também. Porque aqui na comunidade as pessoas já tinham os problemas dentários, então a gente, só dizer a ele que escove, que tem que escovar o dente, que tem que fazer isso aquilo, não ia adiantar nada. Também tinha que dar o tratamento. Porque a gente cansava de chegar nos domicílios e via gente*

com dente infeccionado, com dor de dente e não tinha pra onde encaminhar. Isso era um constrangimento pra gente e também pro paciente. (Entrevista 6, Grupo I)

O ACS reporta-se aos limites das ações de educação em saúde, ressaltando a importância da clínica no atendimento das necessidades da população, ou seja, recupera, na afirmação, a necessidade de condutas terapêuticas integrais, uma vez que as necessidades odontológicas estão historicamente constituídas e representadas nas demandas da comunidade e necessitam de diferentes tecnologias de trabalho para que se consubstanciem em práticas resolutivas e socialmente legítimas.

Contudo, Santos²² alerta que *tais conquistas dependem de formas comprometidas de compreensão do próprio processo de trabalho em saúde e utilização de dispositivos relacionais (acolhimento, vínculo) e dispositivos instituintes (autonomia, pertencimento, empoderamento) para transformar o complexo mundo de necessidades odontológicas, além do desenvolvimento de uma ética profissional pautada no compromisso com o produto (intervenção), com a comunidade (sujeitos) e com o Sistema Único de Saúde - SUS (gestão, modelo, instituição).*

Outro depoente concorda com o ponto de vista citado e destaca a importância da atuação da ESB para a mudança da condição de saúde da população: *Considero que o trabalho de saúde bucal teve uma grande mudança, pois antigamente via o problema, mas não sabia nem identificar. E quando identificava, não tinha para onde mandar. Existia uma demanda que se aventurava a uma vaga com o dentista.* (Entrevista 8, Grupo I)

Aqui, duas considerações de relevância ficam evidentes: a primeira traz a necessidade do conhecimento para identificar os problemas em saúde bucal; a segunda, a importância da ESB para promover o atendimento à demanda.

Além da mudança trazida com a ESB em relação à possibilidade da integralidade, encontramos também, no discurso de um cirurgião-dentista, destaque para a importância da experiência prévia dos agentes comunitários do PACS como facilitador das ações implantadas com o PSF: *Quando a gente chegou aqui com o PSF, já existiam os agentes comunitários que eram do PACS. Ai, então, ficou mais fácil. O pessoal já tinha noção, justamente, do trabalho preventivo e educativo na comunidade.* (Entrevista 9, Grupo I)

Em 1997, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1886/GM²³, reconhece no PACS e no PSF importantes estratégias para contribuir ao

aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde, aprovando as normas e diretrizes para os dois programas, estabelecendo, também, os critérios para seleção do ACS: ter no mínimo dezoito anos de idade, morar há mais de dois anos na comunidade, saber ler e escrever e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

A exigência do Ministério da Saúde de que o ACS resida na comunidade onde irá trabalhar tem a intenção de que ele desenvolva uma integração entre a equipe de saúde e a comunidade. Para Silva *et al.*¹¹, *o fato de ser alguém que vivencia a realidade da comunidade e que trabalha a partir de referenciais biomédicos com as práticas de saúde do bairro onde mora faz dele um sujeito que traz consigo uma série de contradições. Ao mesmo tempo, possibilita a construção de vínculos, de reorganização do trabalho da equipe de saúde, de ampliação do acesso ao serviço e da atuação como facilitador da comunicação entre comunidade e profissionais de saúde.*

O Ministério da Saúde reconhece o PSF como estratégia prioritária para consolidação da atenção básica, através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 e atualiza as atribuições comuns e específicas dos diversos componentes da equipe de saúde da família. Neste documento, ao ACS cabe, além de outras, *desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco*²⁴.

Para Mishima e Campos²⁵, é importante ressaltar que, mesmo sendo de responsabilidade de toda a equipe a articulação com indivíduos, família e comunidade, cabe aos ACS o esforço inicial de articulação e integração e, ainda, o estabelecimento de vínculos com a comunidade. Assumem, assim, um papel relevante no desencadeamento de ações que se caracterizam por uma perspectiva de atendimento integral, incorporando a preocupação em aumentar a capacidade de autonomia da comunidade e das famílias atendidas.

Em vários municípios da Bahia, as ações de saúde bucal, desenvolvidas pelos ACS, incluem palestras educativas sobre higiene bucal em domicílios e escolas, realização de bochechos fluoretados e, em algumas localidades, a aplicação tópica de flúor em escolares²⁴. No município em estudo, percebe-se que as atividades relacionadas pelos agentes estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde: *Agente comu-*

nitário de saúde é saúde da criança, é visita domiciliar todos os dias, acompanhamento às gestantes, desenvolvimento da criança, peso, é, doença, infecção, diarreia, saúde, escovação. A gente faz com a dentista. Acompanhamento do idoso, hipertensão e diabetes. Acompanhamento da gestante até os nove meses da gestação. E o trabalho da dengue, a orientação na limpeza dos quintais do povo. (Entrevista 2, Grupo I).

Assim, as ações abrangem diversos níveis de complexidade, inclusive das vigilâncias sanitária e epidemiológica. No entanto, há uma forte predominância de ações organizadas para grupos, como crianças, hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos, semelhante à proposta das ações programáticas. Prática que se repete em outras regiões do país, como mostra o estudo de Levy, Matos e Tomita²⁶, realizado em um município de São Paulo, onde as ações de saúde bucal eram mais voltadas para gestantes e crianças.

Com relação à realização de atividades coletivas em saúde bucal, os trabalhadores relatam que a escovação, a palestra e a aplicação de flúor são realizadas pelos ACS, com o acompanhamento do cirurgião-dentista. Outros dizem que o ACS atua sozinho: *No início do PSF, eu ia pra todas as escovações, fazia palestras. Aí, quando foi ano passado, a gente fez uma capacitação dos agentes comunitários. Inclusive, a gente deu certificados pra eles. Foi um dia todo discutindo saúde bucal, fazendo exercício. Eles receberam certificados e hoje eles vão fazer sem a minha presença.* (Entrevista 3, Grupo I)

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal⁹, *considerando a importância de que o trabalho do CD não se restrinja apenas a sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, sugere-se cautela no deslocamento frequente deste profissional, para a execução das ações coletivas. Estas devem ser feitas, preferencialmente, pelo THD, pelo ACD e pelo ACS.*

Observamos que o ACS se constitui efetivamente em um membro da equipe de saúde bucal e se destaca em seu processo de trabalho, atuando como sujeito, influenciando as ações internas e externas da USF, tornando-se determinante para a articulação das equipes com a comunidade, sendo, ao mesmo tempo, um agente institucional e comunitário. Segundo Silva e Dalmaso²⁷, essas categorias aparecem como duas expressões indissociáveis da prática, de dimensões de transformação social, de compromisso de ética e de solidariedade, não sendo excludentes ou antagônicas, mas sim indissociáveis e complementares.

Na rede de relações estabelecida no processo de trabalho nas ESF, o ACS tem clareza de sua importância como sujeito coletivo e do seu valor junto ao serviço^{6,22}, como identificamos na fala de uma agente, sobre sua participação nas reuniões da ESF: *Claro, sempre estou presente. Sem a gente trazer o que a população quer não tem o trabalho correto.* (Entrevista 2, Grupo I)

Nas observações, constatou-se que os agentes comunitários participam do diagnóstico de grupos socialmente vulneráveis, orientando as práticas das equipes no processo de planejamento das ações da USF, destacando a importância da identificação das carências para se planejar as ações junto a ESB. A fala seguinte traduz a análise: *A gente olha a necessidade das crianças. Se a gente vê que tem um grande número de cárie, aí a gente conversa com a dentista. Aí ela faz uma orientação. Às vezes a gente vai mensalmente, às vezes a gente vai bimestral, e às vezes, dependendo da necessidade das crianças, aí a gente faz um trabalho de acordo com a necessidade das crianças, do estado que eles estão, que os dentes deles estão.* (Entrevista 6, Grupo I)

Agente comunitário de saúde: empoderamento e alteridade

No cotidiano das práticas, fica evidente a capacidade dos ACS em conduzir as ações e a clareza dos mesmos sobre o objeto de trabalho, principalmente no que está relacionado com as atividades de educação em saúde. Tal destaque foi observado durante uma atividade de sala de espera desenvolvida pelo entrevistado 6, do grupo I, que ao abordar temas de saúde bucal, discutiu desde técnicas de higiene bucal até identificação de lesões cancerizáveis, o que corroborou sua entrevista, a respeito de suas atribuições: *A saúde bucal a gente trabalha assim, fazendo palestras nas escolas. Faz acompanhamento com as crianças nas escolas. Além de a gente trabalhar com criança, a gente trabalha também com adultos. Na parte de quem usa prótese, a gente faz um exame, e se eles fazem o exame, o auto-exame em casa, e orienta também, se aparecer alguma lesão a gente fala quais são as lesões que deve prestar atenção. E aí a gente orienta pra vim pro posto pra poder ser encaminhado pra Feira de Santana. E trabalha também em geral.*

A desenvoltura em abordar os temas de saúde bucal deve-se ao processo de educação permanente, por meio de atividades realizadas pela coordenação municipal de saúde bucal e pelos cirurgiões-dentistas das USF, que durante o pro-

cesso de trabalho, nas próprias unidades de saúde, orientam os agentes e os demais membros da ESF sobre diversos temas relacionados com o cuidado e atenção à saúde bucal. Situação que difere de resultados encontrados em outros estudos como o de Levy, Matos e Tomita²⁶ e o de Ferraz e Aerts²⁸, realizados em municípios de São Paulo e do Rio Grande do Sul, respectivamente, pesquisas que abordam a ausência e a necessidade da capacitação do ACS acerca de saúde bucal.

Considera-se, frente aos dados empíricos coletados, que esse processo de educação permanente em saúde tem possibilitado a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho, resolubilidade da clínica e a promoção da saúde coletiva, como pode ser visto nas convergências a seguir: *Quando a gente vai pra escola fazer a palestra, aí o dentista vai com a gente. Ela manda que a gente mesmo faça avaliação da criança. Aí a gente abre a boca da criança, vê como é que tá, se é uma coisa que já tá no dia a dia da rotina, a gente só faz anotar; se não a gente chama. Aí ela explica a gente direitinho: — Isso aqui é assim, assim, na próxima vez que você pegar com isso, você já sabe.* (Entrevista 6, Grupo I)

Com relação aos agentes comunitários, eles foram capacitados, todos são capacitados, principalmente no âmbito da odontologia, tanto para dar palestras como pra fazer a escovação, aplicação de flúor e já têm essa capacitação e, por sinal, têm trabalhado super bem. Eles sabem realmente passar pras crianças e pras pessoas as informações. Eles também são capacitados pra detecção de câncer bucal. (Entrevista 5, Grupo I)

Com relação à capacitação dos ACS em Alagoinhas, destaca-se o trabalho de educação na área de câncer bucal. De acordo com Araújo²⁹, em 1998 foi iniciado o processo de educação sobre prevenção do câncer bucal através da capacitação de 99 ACS, o que tem permitido a difusão de atividades preventivas, de orientação sobre o autoexame para identificar lesões, como também o rastreamento de lesões cancerizáveis pelos próprios agentes. A proposta, então, era que as capacitações deveriam ocorrer com periodicidade de seis meses, devendo também abordar temas pertinentes à prevenção de cárie e doença periodontal²⁵.

Acredita-se que, dessa forma, o município aproxima-se do conceito de empoderamento, pois reforça a capacidade do ACS de ser um agente cuidador, dotado de conhecimento técnico privilegiado, reforçada pela condição singular de ser parte da comunidade que é cuidada. Com tal atitude, a ESF amplia-se, possibilitando ações mais efetivas e eficientes, baseadas no vínculo.

Ainda analisando as atividades desenvolvidas pela ESB, identificou-se forte influência dos agentes na marcação de consulta; como está explícito na fala abaixo, existem unidades em que os ACS se responsabilizam pela seleção dos usuários que “necessitam” de tratamento, não identificando área de risco, mas sim indivíduos que são encaminhados para atendimento: *E então como a gente tem procedido? A gente tem dado um turno para cada agente comunitário. Sendo que cada agente tá tendo em torno de oito vagas. E aí eles mesmos estão marcando. Porque lá a gente teria em torno de nove mil pessoas. Como a gente resselecionar? Então aí tá indo só pela indicação do agente. No caso aqueles que estão mais necessários “vírgula”, porque todos são necessários.* (Entrevista 5, Grupo I)

Embora as atividades internas da USF não sejam atribuições diretas do ACS, existem situações em que o agente tem desempenhado função que não lhe cabe realizar, como o agendamento das consultas; a fala seguinte explicita tal fato: *Tanto que teve um problema agora na marcação, porque o ACS ficou nessa responsabilidade, que não é função dele fazer a marcação. E aí teve uma confusão lá na comunidade, porque ela distribuiu as fichas seis horas da manhã.* (Entrevista 3, Grupo I)

Tal dinâmica gera alguns conflitos, pois o vínculo do ACS com a comunidade tem levado, em algumas situações, à tentativa de determinar quem deve ou não ser atendido pela ESB. Na fala de um cirurgião-dentista que estava há apenas cinco meses na unidade, conseguimos perceber tal situação: *Além disso, é cobrança por parte das agentes comunitárias, de que deve se atender ou não deve se atender. Claro que uma das unidades tem uma quantidade bem maior. Essa cobrança nunca foi me levada de forma direta, mas a gente entende entre linhas.* (Entrevista 11, Grupo I)

Essa atitude pode ser uma forma de gerar privilégios, em que as pessoas mais próximas e afins ao ACS seriam beneficiadas em detrimento de outras^{6,21,27}.

A participação comunitária é compreendida como principal catalisador das ações comuns, constituindo a possibilidade do sujeito-usuário influenciar o planejamento e a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde junto a gestores e equipe de saúde, por meio de órgãos específicos como o Conselho de Saúde, ou simplesmente participando de reuniões no próprio posto, para definir seu funcionamento¹¹.

Na questão de incentivo ao controle social por parte dos usuários, embora as falas não explicitem claramente a questão, podemos perce-

ber essa contribuição quando relatadas as reuniões para discutir problemas da unidade, como, por exemplo, a marcação de consulta. A própria atuação no dia a dia da comunidade contribui para aumentar a sensibilidade da população sobre o processo saúde-doença, seus determinantes e a importância da participação da comunidade para melhoria da situação. A fala a seguir sinaliza essa possibilidade de alteridade nas práticas de saúde bucal: ***Eu fazia mais o trabalho preventivo, engraçado que o pessoal da comunidade não conhecia o trabalho do PSF, ninguém sabia falar; às vezes via na televisão. Ah, aquele programa de saúde da federal. Então a gente fazia reunião, às vezes na própria casa do paciente mesmo, explicava como era o trabalho que ia ser desenvolvido, o que era que o médico ia fazer; o que era que o enfermeiro, que é que o dentista ia fazer. Apresentar a proposta do PSF, então era todo esse trabalho desenvolvido.*** (Entrevista 9, Grupo I)

Outro aspecto relevante constatado na pesquisa foi a organização dos ACS enquanto categoria, que participa ativamente dos fóruns de saúde municipais – como observado na 1ª Conferência Municipal de Saúde Bucal ocorrida em maio de 2004, que contou com a participação dos ACS em rodas de discussão e na plenária final, defendendo propostas de maneira colegiada. Esse momentos são, particularmente, importante pois ***por não ser meramente um arranjo gerencial, lhe cabe cartografar a realidade a que se refere e operar processos pedagógicos de ordenamento da rede de atenção, de permeabilidade às práticas populares, de qualificação das práticas pela integralidade da atenção e de produção de aprendizagens significati-***

vas, pela alteridade com as pessoas, histórias de vida e histórias culturais que buscam as ações, os serviços e os sistemas de saúde. A roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. É por estarem em roda que os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade e/ou inventam realidades segundo a ética da vida que se anuncia nas bases em que são geradas³⁰.

No âmbito nacional, após vários anos de discussão sobre suas atribuições e características profissionais, foi criada a profissão dos agentes comunitários de saúde, através da Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.

Considerações finais

As situações relatadas acima demonstram que o ACS, em Alagoinhas, tem sido um ator fundamental para a mudança do modelo de atenção. Apesar de, no seu processo de trabalho, assumir algumas atribuições que não são de sua responsabilidade, sua ação comunitária, de âmbito coletivo, integrando a promoção da saúde com a clínica, contribui para quebra do modelo hegemônico, que tem no centro o profissional médico e/ou o cirurgião-dentista. O ACS, junto à ESB, tem contribuído para uma nova forma de se produzir cuidado em saúde bucal, a partir do acompanhamento simbiótico da comunidade, produzindo zonas de encontro em que às subjetividades do outro são incorporadas na dinâmica terapêutica, por meio da significação dos valores sobre a vida, sobre a pessoa humana e a arte da alteridade.

Colaboradores

AAAO Rodrigues e MMA Assis realizaram a pesquisa empírica que resultou no artigo. AM Santos colaborou na redação do artigo.

Referências

- Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; 1998.
- Silveira TCC. Processo de trabalho em saúde. *Rev Saúde Coletiva da UEFS* 2002; 1:121-127.
- Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate* 2003; 27(Supl. 65):316-323.
- Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S, organizador. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos; 1997. p.125-141.
- Rodrigues AAAO, Assis MMA. *Construção de sujeitos, saberes e práticas na saúde bucal de Alagoinhas - Bahia: o trabalho cotidiano no programa de saúde da família como protagonista da mudança* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2005.
- Brasil. Portaria nº 1.444. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do programa de saúde da família. *Diário Oficial União* 2000; 29 dez.
- Peduzzi M, Palma JIL. A equipe de Saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 234-250.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas um estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saude Publica* 1995; 29(Supl. 1):63-74.
- Silva RVB, Stelet BP, Pinheiro R, Guizardi FL. 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: IMS/UERJ, Abrasco; São Paulo: Hucitec; 2004. p. 75-90.
- Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl. 6):1639-1646.
- Triviños ANS. *Introdução à pesquisa social em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1992.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
- Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro: IBGE; 1998.
- Assis MMA. *Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde*. Feira de Santana: UEFS; 2003.
- Brasil. Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
- Brasil. Portaria nº 267/GM, de 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. *Diário Oficial da União* 2001; 7 mar.
- Coelho CMA, Andrade LOM. Impacto provocado pela implantação do Programa Saúde da Família sobre as ações dos agentes comunitários de saúde – o caso de Sobral/CE. *SANARE* 2004; 5(1):159-167.
- Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(1):75-85.
- Santos AM. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. *Rev Atenção Primária à Saúde* 2006; 9(2):190-200.
- Brasil. Portaria nº 1.886/GM de 18 de dezembro de 1997. Normas e Diretrizes do Programa de ACS e do PSF. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 1997; 22 dez.
- Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 29 mar.
- Mishima SM, Campos AC. O trabalho no Programa de Saúde da Família – perfil das equipes. *Rev Min Enf* 2003; 7(2):124-133.
- Levy, FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 1):197-203.
- Silva JA, Dalmazo ASW. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):347-355.
- Araújo CT. *Confiabilidade do exame bucal realizado por agentes comunitários de saúde no rastreamento de condições, lesões cancerizáveis e câncer bucal no município de Alagoinhas* [monografia]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.
- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 2004; 14(1):41-65.

Artigo apresentado em 04/06/2007

Aprovado em 13/12/2007