

PROCESSOS DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PROMOÇÃO DA SAÚDE OU PREVENÇÃO DE DOENÇAS?

WORK PROCESSES OF THE COMMUNITY HEALTH AGENTS: HEALTH PROMOTION OR DISEASE PREVENTION?

Pamela Staliano¹

¹Professora de do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas da UFGD.

Resumo: O objetivo do presente trabalho consistiu em conhecer, na prática, como se efetiva o que é legalmente preconizado para a atuação do ACS. Para a coleta de dados foram utilizados um formulário de atividades profissionais, construído com base no perfil de competências propostas para a atuação do ACS e encontros grupais, com frequência semanal. Os dados revelam que os ACSs possuem mais familiaridade com as ações de prevenção orientadas para o monitoramento de doenças e agravos, remetendo a uma atuação mais técnica, em detrimento do enfoque essencial do trabalho comunitário, que é a promoção. Sendo assim, reconhecendo o impacto das ações do ACS para o bem-estar da população, recomendam-se mais pesquisas empíricas que enfoquem seu protagonismo social.

Palavras-Chave: Saúde; Comunidade; Atenção Básica; Relações de Trabalho.

Abstract: The objective of the present work was to know in practice how to implement what is legally recommended for the work of the CHA. For data collection, a form of professional activities was used, built based on the competency profile proposed for the CHA and group meetings, with weekly frequency. The data reveal that the CHAs are more familiar with

prevention actions oriented to the monitoring of diseases and diseases, referring to a more technical action, to the detriment of the essential focus of community work, which is promotion. Thus, recognizing the impact of CHA actions on the well-being of the population, further empirical research focusing on its social role is recommended.

Keywords: Health; Community; Primary Care; Work Relationships.

Resumen: El objetivo del presente trabajo era saber en la práctica cómo implementar lo que legalmente se recomienda para el trabajo de la TSC. Para la recopilación de datos, se utilizó una forma de actividades profesionales, basadas en el perfil de competencia propuesto para la TSC y las reuniones de grupo, con frecuencia semanal. Los datos revelan que los TSC están más familiarizados con las acciones de prevención orientadas al monitoreo de enfermedades y enfermedades, refiriéndose a una acción más técnica, en detrimento del enfoque esencial del trabajo comunitario, que es la promoción. Por lo tanto, reconociendo el impacto de las acciones de la TSC en el bienestar de la población, se recomienda una mayor investigación empírica centrada en su papel social.

Palabras-Clave: Salud; Comunidade; Atención Primaria; Relaciones Laborales.

1 Introdução

Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido marcado pela predominância tanto da assistência médica de cunho curativo e individual, quanto pelo entendimento de saúde como ausência de doença. No entanto, como este modelo não respondia aos problemas da organização das ações e serviços de saúde, para atender as reais necessidades da população, no final da década de 1980, o movimento de reforma sanitária, juntamente com outras forças democráticas da época, apresentaram uma iniciativa de rompimento deste paradigma, abrindo espaço para o implemento de importantes mudanças nas formas de intervenção estatal sobre as práticas e problemas de saúde. Esta proposta visava à reformulação do modelo assistencial vigente, com a criação de um sistema que possuísse um comando único – o Sistema Único de Saúde (SUS) (GOMES et al., 2009; GOMES et al., 2010; BRASIL, 2001a).

A criação e implementação do SUS foram marcadas pelo paradigma da produção social da saúde, caracterizado tanto pela ampliação da concepção do processo saúde-doença, quanto pela prática da vigilância sanitária como resposta aos problemas de saúde, mediante operações intersetoriais articuladas por distintas estratégias de intervenção (GOMES et al., 2010; MENDES, 2006).

Neste contexto, o SUS estava pautado na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social, admitindo ainda, a participação supletiva do setor privado. Estes princípios foram legitimados pela Constituição de 1988, visando reordenar os serviços e ações, por meio da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde (BRASIL, 2007).

Nesta proposta de reorganização dos serviços de saúde, enfatiza-se a atenção primária, que corresponde às ações assistenciais de alta frequência, que se desenvolvem no atendimento das unidades básicas, tais como postos ou centros de saúde, entendidos como a porta de entrada para o SUS, diante da hierarquização dos níveis de complexidade dos serviços. Tal fato gerou uma ampliação considerável da rede de serviços, incluindo o nível primário de atenção, sendo necessário o incremento na formação de profissionais de saúde, com base em metodologias mais reflexivas, orientadas ao aprendizado no próprio exercício profissional, para dar conta da atual demanda (BRASIL, 2007).

Diante desta nova configuração no âmbito da saúde, foram criados programas e políticas públicas, como por exemplo, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 pelo Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais. O objetivo deste programa era reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade materno-infantil, inicialmente na Região Nordeste do país (BRASIL, 2001b, 2004).

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito de apoiar uma prática com ações integrais na atenção básica destinadas à comunidade, ao invés da permanência na unidade de saúde aguardando as demandas e necessidades desta, o que fortaleceu um dos princípios promulgados pelo SUS, o da descentralização dos serviços (BRASIL, 2001a, 2004).

Inicialmente, o ACS não tinha qualificação nem regulação profissional. Dada a importância de sua função no programa e em decorrência da complexidade do seu papel estratégico na edificação das ações de atenção básica nas políticas públicas para a saúde, houve a necessidade de capacitar este profissional. Foram ministrados, a partir de

então, cursos de formação, iniciados após a sua regulamentação profissional, a fim de adequar sua real atuação dentro do contexto da comunidade.

Cabe ressaltar que, desde o início, a experiência profissional do ACS foi permeada por conflitos e incertezas. Por mais que o PACS tenha sido criado em 1991, apenas em 1997, pela Portaria nº 1.886 (BRASIL, 1997), ocorreu a definição de suas atribuições profissionais e, por conseguinte, somente em 1999, o Decreto nº 3.189 (BRASIL, 1999) fixou as diretrizes para o exercício da atividade do ACS. No entanto, a regulamentação da profissão só aconteceu efetivamente em 2002, com a promulgação da Lei nº 10.507 (BRASIL, 2002).

Diante deste quadro, foi possível identificar mudanças significativas nas condições para o trabalho e contratação do ACS. Isto é, antes da regulamentação da profissão, em 2002, o ACS não possuía garantia efetiva de contratação, nem clareza quanto ao processo de seu trabalho, tendo como requisito apenas que este profissional soubesse ler e escrever. Com sua profissão regulamentada, alguns critérios e pré-requisitos foram estabelecidos, tais como: residir na comunidade em que irá atuar, ter concluído o ensino fundamental e concluir com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de agente comunitário de saúde (BARROS et al., 2010; BRASIL, 2002).

Considerando, especificamente, as políticas de formação que estabelecem diretrizes para o trabalho do ACS, um processo de certificação por competências, atrelado ao perfil de atuação desejado para este profissional, foi definido ao longo dos últimos anos, referendado pelo Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde em 2004.

Cada competência proposta para o ACS se relaciona, com uma dimensão da realidade de trabalho, repercutindo em sua prática. Ou seja, a competência profissional incorpora três dimensões do saber: "saber-ser", considerada transversal a todas as competências expressa por capacidade crítica, reflexão e mudança ativa, tanto de si mesmo quanto de suas práticas; "saber-fazer" (domínio prático) e "saber-conhecer" (domínio cognitivo), que envolve cada uma das seguintes competências:

- Integração da equipe de saúde com a população local;
- Planejamento e avaliação;
- Promoção da saúde;
- Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; e
- Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (BRASIL, 2004).

Para a construção dessas competências, a equipe técnica do Ministério da Saúde se apropriou dos quatro pilares da Educação: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros e aprender a ser. Conceitos fundamentais divulgados no relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI (DELORS, 1999).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, são atribuições do ACS:

- a) trabalhar com a adstrição das famílias em base geográfica definida e realizar o cadastro de todas as pessoas de sua área de atuação, mantendo-o atualizado;
- b) utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- c) registrar os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantindo o sigilo para fins de planejamento e acompanhamento das ações em saúde;
- d) desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população;
- e) informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados (BRASIL, 2017).

Tendo em vista estas atribuições, o ACS pode ser entendido como um trabalhador *sui generis*, uma vez que suas funções transcendem o campo da saúde, pois necessita de uma visão ampla dos múltiplos aspectos das condições de vida da população. Além de que, sua identidade comunitária e a importância do seu papel social os diferenciam dos demais trabalhadores da saúde (NUNES et al., 2002).

Assim, é possível identificar juntamente com Silva e Dalmaso (2002a) duas dimensões principais na proposta de atuação para o ACS. Uma mais voltada aos preceitos técnicos, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos. E outra relacionada à política, tanto de solidariedade à população, quanto de organização da comunidade e de transformação das condições de vida de modo geral.

Mota e David (2010) apontam, entretanto, que desde as experiências pioneiras até a configuração atual do trabalho do ACS, exigiu-se deste profissional um perfil menos técnico e mais orientado para o uso de habilidades relacionais e pedagógicas, refletindo seu papel educativo.

Neste sentido, o presente trabalho objetivou conhecer, na prática, como se efetiva o que é preconizado para a atuação do ACS, discutindo

sobre as condições de trabalho, limites e possibilidades de atuação deste profissional, baseado em um formulário de atividades desenvolvido por Santos (2005) e encontros grupais.

2 Método

Este estudo apresenta delineamento metodológico quali-quantitativo. A literatura tem apontado a importância da combinação multimétodos. Flick (2009) argumenta que há uma complementação metodológica entre as pesquisas quali e quantitativa, sendo que “os aspectos estruturais são analisados com métodos quantitativos e os aspectos processuais analisados com o uso de abordagens qualitativas” (p. 39). A autora enfatiza que a “guerra” de paradigmas entre as pesquisas qualitativas e quantitativas precisam dar espaço para a complementariedade e compreensão mais ampliada do fenômeno estudado.

O estudo foi desenvolvido em duas Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSFs de um município do Estado de Mato Grosso do Sul, MS, com 47 ACSs. Na UBSF1 existem aproximadamente 22 ACSs cadastrados, distribuídos em quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A UBSF2 também conta com quatro equipes da ESF, com 25 ACSs cadastrados.

Para a coleta de dados foram utilizados um formulário de atividades e encontros grupais. Oito participantes, quatro de cada UBSF responderam ao formulário de atividades, e todos os 47 ACSs participaram dos 25 encontros grupais, com frequência semanal.

O formulário de atividades utilizado no presente trabalho é o instrumento desenvolvido por Santos (2005), com base no perfil de competências propostas para a atuação profissional do ACS, referendado por legislação específica (BRASIL, 2004). Este perfil de competências prevê ações em vários âmbitos. Considerando estas ações, o instrumento é composto por cinco blocos de afirmativas contempladas nos itens relacionados abaixo:

- 1- Integração da equipe de saúde com a população local;
- 2 - Planejamento e avaliação;
- 3 - Promoção da saúde;
- 4 - Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; e,
- 5 - Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades.

Para cada afirmação, os participantes escolhiam uma alternativa que apontava se realizavam tal atividade e com que frequência, 'todos os dias', 'toda semana', 'todo mês' ou 'raramente'.

Nos encontros grupais houve a discussão das condições de trabalho do ACS, levando em consideração os cinco eixos temáticos que compõem o formulário de atividades.

O estudo obedeceu à Resolução 196/1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido no Estado, sob o protocolo número 129/2010.

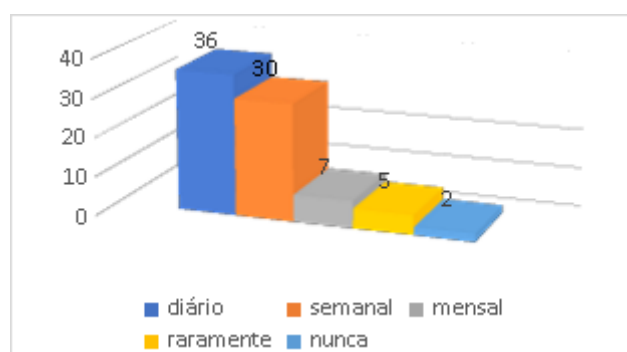
3 Resultados e Discussão

Foram realizados 25 encontros semanais, com uma média de participação de 40 ACSs, com faixa etária variando entre 23 a 55 anos, com média de 41 anos de idade. Responderam ao questionário de atividades oito ACSs, um integrante de cada ESF das duas UBSFs e os demais participaram das discussões em grupo.

A primeira competência 'Integração da equipe de saúde com a população local', é composta por dez afirmativas, cujas ações são relativas ao comportamento da equipe, a integração entre os componentes e com a comunidade, preenchimento de instrumentos de trabalho, bem como orientações oferecidas.

Na Figura 1 é possível observar em que medida estas competências estão presentes no cotidiano dos ACSs (80 respostas).

Figura 1. Ações realizadas pelos ACSs em relação à Integração da equipe com a população local.



Fonte: Elaborado por STALIANO, 2012.

Observa-se na Figura 1 que 45% das respostas emitidas pelos profissionais referem desenvolver atividades de integração da equipe com

a população local diariamente; 38% semanalmente; 9% mensalmente; 6% raramente e, 2% nunca realizar este tipo de ações.

Estes dados demonstram que a maioria dos ACSs desenvolve ações relacionadas a esta competência instituída pelo Ministério da Saúde. No entanto, uma atividade em especial, em que eles 'expõem suas opiniões nas reuniões em equipe', pode atuar como um forte obstáculo para o trabalho, afastando, de certo modo, o ACS do trabalho comunitário, como salienta Santos (2005).

Apesar de todos os ACSs afirmarem que participam de reuniões com a equipe semanalmente, 63% deles relatam que raramente expõem suas opiniões nestas reuniões. Este dado talvez se justifique pelo fato de que estas reuniões, mesmo que sejam frequentes, ainda é fortemente marcada pela hierarquia de cargos e funções, como clarificam Cardoso e Nascimento (2010). As autoras complementam que nestes momentos há uma centralização na fala do médico e do enfermeiro, com tendência à desvalorização ou mesmo silenciamento das demais falas.

E, mesmo não expondo suas opiniões nas reuniões com frequência, procuram se empenhar, diariamente (50%), semanalmente (37%) ou mensalmente (13%), para executar as ações propostas pela equipe, além de orientarem sobre o funcionamento da unidade (campanhas e atividades) (88%) e ações desenvolvidas nos diversos serviços de saúde (100%).

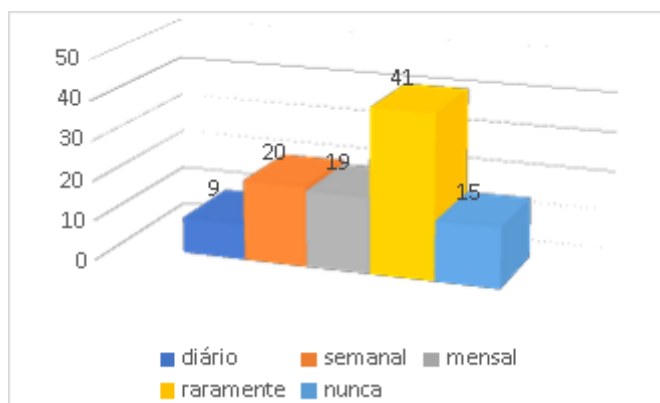
Quanto a isso, o que se pode depreender juntamente com Santos (2005) é que os ACSs podem apenas estar reproduzindo o que lhes é solicitado, sem refletir criticamente sobre sua atuação. E ainda que este profissional se perceba como o elo entre a comunidade e a unidade e os serviços de saúde, pouco consegue perceber e traduzir todas as necessidades de sua comunidade, por estar imerso à forte hegemonia biologicista dos serviços de saúde ou se sentir subalternizado dentro da equipe.

Esta informação condiz com a constatação evidenciada por estudos desenvolvidos em diferentes localidades, de que, na maioria das vezes, o ACS limita-se a executar atos normativos, com predomínio para a reprodução de regras e orientações técnicas, em detrimento da efetiva educação em saúde (GOMES et al., 2010; MOROSINI et al., 2007; SILVA & DALMASO, 2002b).

Com relação à competência 'Planejamento e Avaliação', 15 ações são descritas, sendo vinculadas, basicamente, à observação crítica e alerta do ACS sobre o território de sua microárea, riscos sociais, riscos ambientais e dados de cadastramento; o estabelecimento de ações

conjuntas envolvendo a comunidade e a equipe; além do uso de ferramentas de avaliação das ações – 104 respostas (ver Figura 2).

Figura 2. Atividades desenvolvidas pelos ACSs relacionadas à competência 'Planejamento e Avaliação'.



Fonte: Elaborado por STALIANO, 2012.

A Figura 2 demonstra que 9% das respostas reveladas pelos profissionais contemplam diariamente atividades relacionadas à competência 'Planejamento e Avaliação'; 19% semanalmente; 18% mensalmente; 41% raramente e, 14% informam nunca realizarem atividades deste cunho.

Pode-se constatar que diferentemente da competência anterior, planejar e avaliar não é algo muito comum aos ACSs. Considerando as ações específicas do formulário, embora os profissionais procurem, diariamente, realizar ações com base no levantamento sobre a saúde da população (38%), raramente se mobilizam para elaborar (38%), avaliar (50%) e reprogramar (38%) os planos de ação juntamente com a equipe.

Um dado que merece destaque consiste na informação de que raramente conseguem traçar planos de ação (63%), quando identificam determinados riscos sociais, tais como tráfico de drogas e violência doméstica.

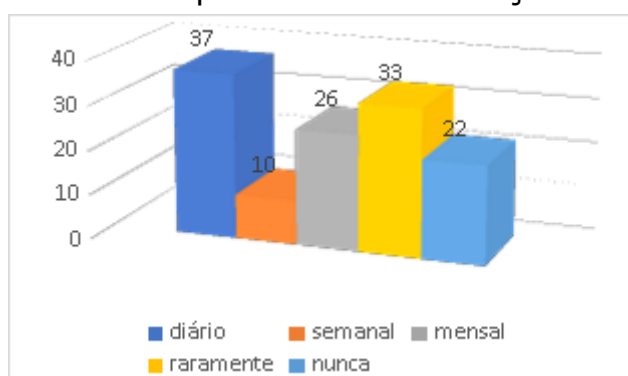
Rotineiramente, os ACSs se deparam com este tipo de problema na comunidade, contudo, alegam que não possuem o devido preparo para lidar com estas situações. Eles afirmam ainda que, muitas vezes, possuem receio em realizar quaisquer tipos de intervenções, por temerem retaliações, resumindo-se a encaminhar relatórios para a equipe que, geralmente, são arquivados. Fonseca et al. (2009) enfatizam sobre a necessidade de investir para que os profissionais se sintam capazes de criar estratégias de identificação e intervenção em conjunto com a equipe.

Outra prática que pouco foi reportada pelos profissionais consiste em estimular a população a participar de conselhos locais de saúde e/ou conferências municipais sobre o tema ou ainda, incentivar a população a participar de atividades de sua própria comunidade. Com esta informação, pode-se inferir que este dado atua em detrimento do estabelecimento do empoderamento comunitário, uma vez que, sem participar e reconhecer as necessidades da comunidade, não é possível vislumbrar as mudanças necessárias para a evolução e fortalecimento das pessoas, grupos e comunidades (CARVALHO, 2004; VALOURA, 2006).

A competência 'Promoção da Saúde', é composta por 16 ações que se relacionam basicamente com a identificação das condições de vida e problemas de saúde, realização de atividades educativas individual ou coletivamente, orientações preventivas, adequação da informação à realidade encontrada, estímulo à reflexão comunitária e articulação da rede de suporte social para a comunidade.

Na Figura 3, estão apresentados os resultados referentes às ações de promoção da saúde apontadas pelos oito participantes da amostra às 16 afirmativas (128 respostas).

Figura 3. Ações realizadas pelos ACSs em relação à Promoção da Saúde.



Fonte: Elaborado por STALIANO, 2012.

Observa-se na Figura 3 que 29% das respostas dos ACSs condizem com a realização diária das ações de promoção da saúde diariamente, seguido de 8% com frequência semanal, 20% mensal, 26% raramente e 17% que sinalizam nunca realizar determinadas ações.

Diante destes resultados, pode-se constatar que o que é preconizado pelo Ministério da Saúde como competência e habilidade no âmbito da promoção da saúde, de modo geral, desenvolve-se diariamente, no entanto, um número considerável de profissionais informam que raramente desenvolvem estes tipos de ações, sinalizando diferentes condutas entre os integrantes das equipes.

Acredita-se ser importante nesta seção, o percentual de ACSs (88%) que estimulam diariamente os usuários e a comunidade a refletirem sobre suas condições de saúde e doença. Este dado coaduna com o percentual de 75% que procura orientar os usuários sobre o autocuidado e medidas de proteção à saúde, como alimentação, higiene pessoal, limpeza, acondicionamento e destino do lixo, cuidados com a água e dejetos, dentre outras. Ainda é comum a 62% dos ACSs o esforço em identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida.

No entanto, chama atenção o percentual de ACSs (88%) que raramente realizam atividades educativas com iniciativa própria e 50% que afirmam que dificilmente realizam atividades educativas envolvendo outros colegas.

Por fim, existem algumas atividades estabelecidas pelo Ministério da Saúde como habilidades e competências necessárias ao ACS, que não são contempladas pelos participantes deste estudo, como participar de reuniões de conselho local de saúde ou de outros conselhos locais e propor e executar ações que atuam em parceria com outras secretarias existente no município. Este dado converge com a informação difundida na competência anterior, ou seja, o ACS não estimula a participação da comunidade em conselhos locais porque nem mesmo ele participa dos mesmos. Esta participação e estímulo à participação é exígua talvez pelo fato deste profissional não ser incentivado para isto e, ainda, por não ter clareza da sua real contribuição para a intersetorialidade do serviço.

A omissão na participação em reuniões de conselho local e a não articulação da rede de suporte social não favorece que o ACS atue na construção de estratégias de promoção da saúde, desempenhando atividades que já estejam delineadas e sedimentadas no campo da saúde, fazendo com que ele apenas reproduza ações previamente estabelecidas.

Este tipo de atitude, segundo Almeida (2008), não contribui para o implemento de ações que visam ao aumento da autonomia individual e coletiva na descoberta de suas reais necessidades. Desta forma, não há como o ACS fomentar a participação da comunidade no âmbito da saúde, se ele mesmo não foi transformado por sua prática.

Ponderando juntamente com Santos (2005), vale ressaltar que as ações que presumem o contato direto do ACS com os usuários, na identificação dos problemas e orientações específicas, são realizadas com maior frequência, refletindo competências realmente agregadas ao perfil deste profissional. Caso o mesmo necessite estabelecer contatos e parcerias com outros serviços locais, encontrará dificuldades para desempenhar tal tarefa, isso porque, os serviços tendem a se centralizar no enfermeiro que os supervisiona, inibindo quaisquer atividades

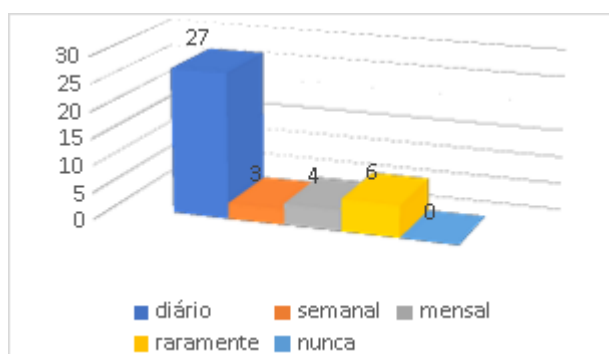
espontâneas e autônomas que possam ser travadas entre o ACS, a comunidade e outros serviços locais. Talvez a baixa frequência de respostas à realização de atividades educativas pelos ACSs seja reflexo desta centralização no enfermeiro.

Em linhas gerais, as ações que pouco ou nada são exploradas referem-se ao fortalecimento, tanto individual, quanto coletivo dos usuários e comunidades, refletindo a questão de que é mais fácil reproduzir estratégias já existentes do que construir e implementar ações inovadoras à comunidade local.

Diante do exposto, pode-se analisar igualmente com Santos (2005) que as ações que buscam a interface intersetorial no âmbito da promoção da saúde, não são contempladas pela maioria dos participantes.

Na Figura 4 estão apresentados os resultados referentes às ações de 'Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário' apontadas pelos oito participantes da amostra às cinco afirmativas (40 respostas).

Figura 4. Ações de prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário realizadas pelos ACSs.



Fonte: Elaborado por STALIANO, 2012.

Na Figura 4 verifica-se que 67% das respostas dos ACSs condizem com a realização destas atividades diariamente, 8% com frequência semanal, 10% mensalmente e 15% raramente.

É notável que o conjunto de ações orientado à prevenção é mais referido pelos ACSs, destacando-se com maior frequência a realização diária destas atividades. Neste bloco, enfatiza-se a identificação das condições ambientais e sanitárias que provocam riscos para a saúde da comunidade, informando tanto à equipe quanto à própria comunidade sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação.

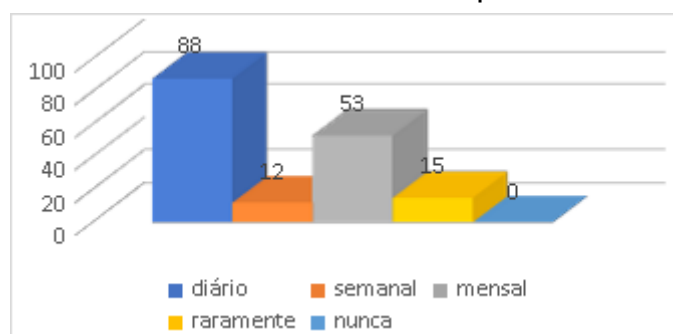
Supõe-se que a rotina diária do ACS, por meio das visitas domiciliares, favorece que este profissional desenvolva um olhar aguçado

para os riscos ambientais e sanitários presentes na microárea de atuação. No entanto, Almeida (2008) clarifica que, se a atenta observação do ACS não for discutida e planejada com a equipe, visando intervenções específicas, pode ocorrer a banalização ou a naturalização das situações de risco.

A competência 'Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades' é avaliada por meio de 21 ações, que se relacionam basicamente, com a identificação e orientação de grupos que requerem atenção especial e seu encaminhamento para os serviços de saúde.

E por fim, na Figura 5 estão apresentados os resultados referentes às ações relacionadas a esta competência, apontadas pelos oito participantes das amostras às 21 afirmativas (168 respostas).

Figura 5. Ações de prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades informadas pelos ACSs.



Fonte: Elaborado por STALIANO, 2012.

Na Figura 5, nota-se que 52% das respostas referem a realização diária das ações, 7% com frequência semanal, 32% mensalmente e apenas 9% sinalizam que raramente elas são realizadas.

Esta competência descreve atividades voltadas à prevenção e acompanhamento a grupos considerados prioritários à ESF. Estes grupos são constituídos por gestantes, recém-nascidos, crianças menores de dois anos, usuários que apresentam hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. Estas ações englobam também a prevenção e o acompanhamento de portadores de doenças sexualmente transmissíveis e usuários hospitalizados.

A prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades é o conjunto de ações que mais se destaca, pois requerem maior tempo destinado às questões técnicas-administrativas. Nestes casos, o ACS precisa destinar um tempo às atividades burocráticas, igualmente àquelas desempenhadas na comunidade, ou seja, é preciso traduzir as

observações e queixas em números, lançando todas as informações em formulários específicos.

Em geral, os ACSs assinalaram realizar todas as atividades, em menor ou maior frequência. Nestes casos, espera-se que o profissional acompanhe estes usuários mensalmente, denotando a preocupação especial destinada a estes grupos, sem discriminação, ou seja, sensibilizam-se igualmente pelas condições da gestante, desenvolvimento infantil, portadores de doenças crônicas e infectocontagiosas. Além disso, precisam estar sempre atentos aos comportamentos de risco relacionados a doenças específicas.

Considerando este conjunto de competências e habilidades, Santos (2005) argumenta que o ACS demonstra facilidade em expressá-las. A maioria, ao identificar algum problema de saúde na comunidade, logo encaminha para a unidade de referência, indicando clareza no desempenho desta competência.

Neste sentido, é possível identificar juntamente com Silva e Dalmaso (2002b) que estes profissionais estão priorizando a dimensão técnica de sua atuação, ou seja, que se relaciona com o atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos. Relegando a segundo plano a dimensão política, elucidada por estas autoras, tanto pela solidariedade à população, quanto pela organização da comunidade e transformação das condições de vida de modo geral.

Para que fosse possível identificar qual conjunto de ações é mais frequente no cotidiano dos ACSs, realizou-se uma análise quantitativa das atividades que compõem cada competência do trabalho, traçando um paralelo entre as atividades de promoção e prevenção. Esta análise baseia-se no somatório das frequências diária, semanal e mensal. Desta forma, é possível observar que as ações de promoção da saúde são relatadas em menor proporção quando comparadas às ações de prevenção de doenças, perfazendo um total de 60% para 88%, respectivamente.

Estes dados coadunam com os estudos de Almeida (2008) e Santos (2005), que também, ao utilizarem o instrumento em questão, evidenciaram uma sobreposição das ações de prevenção às de promoção.

Almeida (2008) chama atenção para o fato de que as atividades de promoção, veiculadas no instrumento, ainda não estão totalmente integradas ao cotidiano do ACS. O fato de possuírem mais familiaridade com as ações de prevenção, orientadas para o monitoramento de doenças e agravos, faz com que a autora se remeta a uma atuação estritamente

técnica, em detrimento do enfoque essencial do trabalho comunitário, que é a promoção.

Cabe salientar que, embora conceitualmente as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças apresentem especificidades, com distinções pontuais quanto às estratégias de intervenção, na prática cotidiana, tais ações ocorrem de forma simultânea ou complementar (CALATAYUD, 2009; STALIANO & ARAUJO, 2011; TRAVERSO-YÉPEZ, 2007). E, justamente esta indefinição na dimensão metodológica apontada pela literatura (BUSS, 2003; MELLO, 2000; SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003), que abarca as práticas, estratégias, planos de ação, modos de intervenção e instrumentos, se configura como um empecilho para avaliar o impacto das ações orientadas para o empoderamento.

Nos encontros grupais as discussões se concentraram em temas reproduzidos pelas dificuldades e entraves encontrados tanto no relacionamento com os superiores quanto com os integrantes do grupo, próprios do âmbito sóciodinâmico, refletindo em prejuízo nos âmbitos institucional e comunitário onde se implementam as ações deste profissional. Repercutindo ainda, em problemas na esfera psicossocial, pois o profissional ACS muitas vezes se confunde com o morador da comunidade, uma vez que para atuar em determinada comunidade é preciso residir em sua microrregião de atuação.

É consenso na literatura especializada, por um lado, o entendimento de que o ACS ocupa um espaço de suma importância tanto na construção quanto na efetivação das ações da Estratégia Saúde da Família e, por outro, os problemas decorrentes da organização de trabalho deste profissional, tais como, sobrecarga de trabalho, desvalorização profissional, falta de respaldo institucional para as ações desenvolvidas com a população, desgaste emocional gerado pelo intenso envolvimento com os usuários, dentre outros (STALIANO, ARAUJO & COÊLHO, 2009; LEVY, MATOS & TOMITA, 2004; BRASIL, 1997).

As discussões que emergiram na intervenção desenvolvida debateram alguns dos problemas vivenciados pelos ACSs, bem como, a maneira com que lidam com as dificuldades cotidianas. Estes problemas experienciados pelos integrantes do grupo constantemente emergiam em suas falas como uma forma de desabafo muito bem acolhida pela coordenadora e pelos demais integrantes. Os principais aspectos observados no grupo se referiam a uma autodesqualificação, desvalorização profissional, insegurança na relação com a comunidade e movimentos de ataque contra os superiores.

É evidente o desconforto quanto à falta de apoio institucional para que os ACSs possam, conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde

(2002), promover uma interação mais direta e efetiva entre a comunidade e o serviço de saúde local, atuando, sobretudo como gerador de novos hábitos no trato com a saúde.

Com relação ao desgaste emocional gerado pelo envolvimento com os usuários foi possível inferir por meio do discurso dos participantes que as próprias características da atuação do ACS favorecem e intensificam tal envolvimento. É difícil estabelecer os limites entre vida pública (trabalho) e vida privada destes profissionais, considerando-se que o ACS trabalha na unidade de saúde e é morador da comunidade em questão, adentrando o ambiente doméstico das pessoas.

Isto demonstra exatamente o que Koda et al., (2012) e Levy et al., (2004) apontam em seus estudos, de que o fato do ACS ser uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.

Nas diversas áreas laborais, a organização do trabalho exige do profissional uma ação específica e, em determinadas circunstâncias, o mesmo apresenta sofrimento, que pode ser característica do choque entre uma história individual carregada de projetos, de esperanças e expectativas e uma organização do trabalho que os desconsidera, gerando sofrimento psíquico (CAMELO, GALON & MARZIALE, 2012).

Os resultados revelam também que, por mais que o ACS possua um papel educativo e que seja esperado que ele desenvolva ações de prevenção, promoção e educação em saúde, os participantes não se percebem como educadores, pelo fato de terem sinalizado pouca iniciativa em desenvolverem ações educativas junto à comunidade, seja por si mesmo ou juntamente com a equipe ou outros ACSs. E, simplesmente o fato de não se perceberem como educadores, não adotam uma postura educativa, atuando meramente como transmissores de informações, não favorecendo um maior envolvimento e reflexão com os usuários, nem mesmo sensibilizando-os para a mudança de comportamento necessária às práticas saudáveis.

4 Considerações Finais

Tendo em vista os avanços obtidos com a reforma sanitária, a implantação do SUS, os discursos e iniciativas voltadas à saúde coletiva têm oportunizado espaço para a participação popular e favorecido condições mais igualitárias, justas e democráticas. A ESF se caracteriza como uma estratégia capaz de facilitar a operacionalização desta

participação pela proximidade de seus profissionais com a comunidade, prestando um atendimento mais humanizado e comprometido, tanto com a população quanto com a transformação local.

E neste contexto, o ACS possui um grande potencial para permitir a aproximação dos serviços com os usuários. Porém, na prática, ainda se percebe o predomínio do modelo centrado na doença, com caráter fiscalizador e avaliativo da conduta dos membros da comunidade. Atitudes reforçadas por situações hierárquicas do sistema de saúde.

A valorização do papel desempenhado pelo ACS e da relação que este estabelece com os membros da comunidade é imprescindível, mesmo porque este profissional encontra-se na intersecção de conjuntos com roteiros, valores, ritmos e linguagens distintas, em que se processa uma comunicação singular, com fluxos que combinam diversos percursos históricos e sociais, o que retrata a complexidade da atuação do ACS.

Levando em consideração que a legislação profissional do ACS prevê que esse profissional deva atuar prioritariamente com promoção da saúde e prevenção de doenças, estes relatos remetem ao seguinte questionamento: Será que as ações de prevenção de doenças estão sendo enfatizadas em detrimento das atividades de promoção da saúde? Ou ainda, será que ações de promoção da saúde estão realmente sendo desenvolvidas? Estas são apenas algumas das questões levantadas diante dos resultados alcançados.

Talvez, isto não se deva ao não cumprimento profissional, mas sim, à defasagem na formação destes profissionais, uma vez que eles não possuem educação permanente em saúde, ou seja, não lhes é oportunizado espaços para o aprimoramento de suas intervenções. Em geral, os ACSs se mostraram insatisfeitos quanto à falta de apoio da equipe e da gerência.

O ACS é um ator que reúne potencialmente condições privilegiadas para desenvolver um trabalho de propiciar e favorecer a participação e ação comunitária. Quando selecionado com o perfil esperado, subsidiado por um processo de capacitação/formação e apoiado pela equipe de saúde, esse profissional agrega características importantes que o habilita ao papel incentivador de processos de participação, que levam ao empoderamento dos usuários e comunidades.

Talvez, um maior investimento no agente comunitário em detrimento do agente de saúde poderia contribuir para uma atuação menos centrada na doença e mais focada nas condições geradoras dos problemas de saúde identificados nas comunidades.

Acredita-se que o maior desafio a ser superado pelas equipes de saúde é desenvolver competências para trabalhar a contradição entre um possível ideal de saúde e a situação real e concreta vivida pelos usuários e comunidades, na perspectiva da autonomia e do empoderamento destes atores e das equipes.

Essas competências podem ser desenvolvidas por meio de capacitações e qualificação profissional visando romper com as amarras da formação dos profissionais de saúde, cuja maioria ainda está pautada em aspectos biomédicos, técnicos e assistenciais que tendem a negligenciar aspectos centrais como a comunicação, essencial para a humanização dos serviços.

Referências

ALMEIDA, E. Z. (2008). **As concepções do agente comunitário de saúde sobre promoção da saúde**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.

BARROS, D. F., BARBIERI, A. R., IVO, M. L., & SILVA, M. G. (2010). O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**, 19(1), 78-84.

BRASIL. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997 (1997). **Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF. Retirado em 02 mar. 2011, de www.saude.gov.br.

BRASIL. Decreto no 3.189, de 4 de outubro de 1999 (1999). **Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências**. Brasília, DF, 1999. Retirado em 08 fev. 2011, de www.saude.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2001a). **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde (2001b). **Programa agente comunitário de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Retirado em 09 mai. 2009, de <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado em 20 abr. 2009, de www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10507.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004). **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília. Retirado em 09 out. 2010, de www.saude.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2007). **Atenção primária e promoção de saúde. Coleção progestores – Para entender a gestão do SUS, 8**. Brasília: CONASS. Retirado em 25 out. 2009, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2017) **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Retirado em 13 set. 2019 de www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017.

BUSS, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. CZERESNIA, & C. M. FREITAS (Eds.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências** (pp.15-38). Rio de Janeiro: Fiocruz.

CALATAYUD, F. M. (2009). **Introducción a la psicología de la salud**. Buenos Aires: Koyatún Editorial.

CAMELO, S. H. H., GALON, T., & MARZIALE, M. H. P. (2012). Formas de Adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitário de saúde e estratégias de gerenciamento. **Revista de Enfermagem UERJ**, 20(esp1), 661-667.

CARDOSO, A. S., & NASCIMENTO, M. C. (2010). Comunicação no programa saúde da família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(supl.1), 1509-1520.

CARVALHO, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(4), 1088-1095.

DELORS, J. (1999). **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Brasília, DF.

FLICK, U. (2009). **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3 ed. Artmed: São Paulo.

FONSECA, R. M. G. S., LEAL, A. E. R. B., SKUBS, T., GUEDES, R. N., & EGRY, E. Y. (2009). Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 17(6), 974-980.

GOMES, K. O., COTTA, R. M. M., CHERCHIGLIA, M. L., & BATISTA, R. S. (2009). A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, 18(4), 744-755.

GOMES, K. O., COTTA, R. M. M., MITRE, S. M., BATISTA, R. S., & CHERCHIGLIA, M. L. (2010). O agente comunitário de saúde e a consolidação do sistema único de saúde: reflexões contemporâneas. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, 20(4), 1143-1164.

KODA, M. Y. et al. (2012). Grupo com agentes comunitárias: a construção de novas possibilidades do cuidar. **Psicologia Ciência e Profissão**, 32(2), 56-71.

LEVY, F. M., MATOS, P. E. S., & TOMITA, N. E. (2004). Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(1), 197-203.

MELLO, D. A. (2000). Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 16(4), 1149.

MENDES, E. V. (2006). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.

MOROSINI, M. V. G. C., FONSECA, A. F., & PEREIRA, I. B. (2007). Educação e saúde na prática do agente comunitário. In C. M. Martins (Ed.). **Educação e saúde** (pp. 13-34). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

MOTA, R. R. A., & DAVID, H. M. S. L. (2010). A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, 8(2), 229-224.

NUNES, M. O., TRAD, L. B., ALMEIDA, B. A., HOMEM, C. R., & MELO, M. C. I. C. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, 18(6), 1639-1646.

SANTOS, L. P. G. S. (2005). **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo**: possibilidades e limites para a

promoção da saúde, 2005. 183f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade de São Paulo. São Paulo.

SÍCOLI, J. L., & NASCIMENTO, P. R. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 7(12), 101-122.

SILVA, J. A., & DALMASO, A. S. W. (2002a). **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber e o fazer**. Rio de Janeiro: FICOCRUZ.

SILVA, J. A., & DALMASO, A. S. W. (2002b). O Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 6(10), 75-96.

STALIANO, P., & ARAUJO, T. C. C. F. (2011). Promoção da saúde e prevenção de doenças: um estudo com agentes comunitários de saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, 3(1), 43-51.

STALIANO, P., ARAUJO, T. C. C. F., & COÊLHO, A. E. L. (2009). Práticas emergentes em psicologia: atuação com agentes comunitários de saúde. **Psico**, 40(4), 473-477.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 11(22), 223-238.

VALOURA, L. C. (2006). **Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador**. Recuperado em 26 março 2009, de http://www.fatorbrasis.org/arquivos/Paulo_Freire.

Artigo apresentado em: 31/07/2019

Aprovado em: 20/09/2019

Versão final apresentada em: 14/09/2019