

O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde*

COMMUNITY HEALTH AIDES: POSSIBILITIES AND LIMITS TO HEALTH PROMOTION

EL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Luciana Patriota Gusmão Soares dos Santos¹, Lislaine Aparecida Fracoli²

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo identificar as ações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), analisando-as à luz do paradigma da Promoção da Saúde. Para isto optou-se por uma pesquisa exploratória do tipo quantitativa, com os ACS de São Bernardo do Campo (SP). Como resultado, evidenciou-se que as competências Integração da equipe com a população local, Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário, Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades são em sua maioria realizadas pelos ACS; enquanto que as competências de Planejamento e avaliação das ações de saúde e Promoção da saúde são realizadas de forma heterogênea no município. Conclui-se pela necessidade de se fortalecer a competência do ACS para a Promoção da Saúde, de forma que esta possa encaminhar para o empowerment da comunidade e para a intersectorialidade.

DESCRIPTORIOS

Auxiliares de saúde comunitária.
Promoção da Saúde.
Saúde pública.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the actions performed by community health aides (CHA) and perform an analysis according to the health promotion paradigm. To do this, an exploratory, quantitative study was performed with the CHA's from São Bernardo do Campo, Brazil. Results showed that most HCA's complete the following competencies: team integration with the local population; prevention and monitoring of environmental and sanitary risk; and prevention and monitoring of specific groups and morbidities. However, it was also found that planning and evaluation of health actions and health promotion are competencies that are performed heterogeneously. In conclusion, there is a need to improve CHA competence in health promotion towards the empowerment of the community in addition to improving action between sectors.

KEY WORDS

Community health aides.
Health promotion.
Public health.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo identificar las acciones realizadas por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), analizándolas a la luz del paradigma de la Promoción de la Salud. Para esto, se optó por una investigación exploratoria del tipo cuantitativo, con los ACS de São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil. Como resultado, se evidenció que las competencias: Integración del equipo con la población local, Prevención y monitoreamiento de riesgo ambiental y sanitario, Prevención y monitoreamiento a grupos específicos y morbilidad, son en su mayoría realizados por los ACS, mientras que las competencias de Planeamiento y evaluación de las acciones de salud y Promoción de la salud son realizadas de forma heterogênea en el municipio. Se concluye en la necesidad de fortalecer la competencia del ACS para la Promoción de la Salud, de forma tal que ésta pueda encaminarse hacia el empowerment de la comunidad y para la intersectorialidad.

DESCRIPTORIOS

Auxiliares de salud comunitario.
Promoción de la salud.
Salud pública.

* Extraído da dissertação "O Agente Comunitário de Saúde em São Bernardo do Campo (SP): possibilidades e limites para a promoção da saúde", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005. ¹ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de São Bernardo do Campo. São Bernardo do Campo, SP, Brasil. lupatriota@yahoo.com.br ² Enfermeira, Mestre em Educação Especial. Doutor em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. lislaine@usp.br

INTRODUÇÃO

O Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS) e as competências deste trabalhador para a ação na comunidade: em foco o município de São Bernardo do Campo

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) originou-se de experiências divulgadas na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata. Esta conferência teve grande repercussão para a implantação, em inúmeros países, de programas de Atenção Primária para populações específicas⁽¹⁻²⁾.

No relatório final da Conferência de Alma-Ata afirmou-se que os cuidados primários de saúde seriam os meios principais para que todas as populações do mundo pudessem alcançar um padrão aceitável de saúde em um futuro próximo. A referência à utilização do ACS aparece, neste relatório, quando se elaboram as ações e competências que deveriam compor os cuidados primários de saúde, como primeiro nível de organização do sistema de saúde⁽¹⁻²⁾.

No Brasil em 1979, com apoio do Unicef, 400 agentes comunitários começaram a atuar no Estado do Maranhão e, em 1987, um programa parecido utilizando agentes de saúde foi implantado no Ceará, sendo denominado de Programa Agentes de Saúde. Este programa constituiu-se na primeira iniciativa oficial de implantação de agentes de saúde como estratégia de governo, em âmbito estadual⁽³⁾. Avaliações positivas relativas à implantação deste Programa contribuíram para a manutenção e ampliação do mesmo no Estado do Ceará e para a proposição, pelo Ministério da Saúde (MS), em 1991, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde para todo território brasileiro, o qual no ano seguinte passa a ser denominado Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS)⁽³⁾.

Inicialmente, o PACS foi formulado como uma proposta de extensão de cobertura dos serviços de saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Foi instituído para atuar, principalmente, nas áreas mais carentes, introduzindo nas práticas de saúde um enfoque na família, e não no indivíduo, bem como uma visão de intervenção em saúde integrada com a comunidade, numa abordagem ampliada de saúde, ou seja, não centrada unicamente na figura do médico⁽⁴⁾.

Apoiando-se nas leis que regulam o exercício das atividades do ACS, o MS propôs um rol de ações para este trabalhador e traçou também um perfil profissional. Nesta proposição encontra-se listado um rol de ações que concentram atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações,

com características de educação popular em saúde e acompanhamento de famílias⁽⁵⁾.

Foi a partir da análise desta proposição, que considerou as singularidades e especificidades do trabalho, que o MS construiu cinco grandes competências que compõem o atual perfil do ACS. Cada competência expressa uma dimensão da realidade do trabalho do ACS e representa um eixo estruturante de sua prática⁽⁵⁾. São definidas como competências do ACS :

1) Integração da equipe de saúde com a população adstrita: espera-se com esta competência que o ACS seja capaz de desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita, considerando as características e as finalidades do trabalho com indivíduos e grupos sociais.

2) Planejamento e avaliação das ações de saúde: onde se espera que o ACS seja capaz de realizar em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito da adscrição da Unidade de Saúde.

3) Promoção da Saúde: desenvolver em equipe ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas pública de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor saúde.

4) Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário: desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe.

5) Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades: desenvolver ações de prevenção e monitoramento a grupos específicos e as doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe e nos protocolos de Saúde Pública.

A análise do perfil de competências traçadas para o ACS, mostra o grande potencial deste trabalhador da saúde para investir nas ações de promoção da saúde e de empowerment individual e comunitário. Contribuindo desta maneira para se traçar para o ACS um papel mais voltado para seu pólo *comunitário* e não reforçando para este trabalhador ações de saúde no âmbito *curativo*, que devem ser executadas por profissionais devidamente certificados⁽⁶⁾.

Em 1997 o Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (SBC) propôs a inclusão dos ACS como estratégia para um novo modelo assistencial no município. No início o Projeto *Programa de Agentes Comunitários de Saúde de São Bernardo do Campo* contava com diretrizes próprias e foi proposto visando priorizar a extensão de cobertura das ações básicas de saúde nas áreas com piores condições de vida. Ainda neste ano, foram contratados 201 ACS para o projeto piloto que contou com três etapas constitutivas: a

No relatório final da Conferência de Alma-Ata afirmou-se que os cuidados primários de saúde seriam os meios principais para que todas as populações do mundo pudessem alcançar um padrão aceitável de saúde em um futuro próximo.

implantação, a supervisão e a avaliação⁽⁷⁾. Na etapa de implantação do PACS em SBC estabeleceram-se os objetivos e ações dos ACS, bem como as normas e diretrizes do processo de recrutamento, seleção e capacitação deste trabalhador. Para etapa de supervisão uma parceria com a Faculdade de Medicina do ABC introduziu acadêmicos de medicina para trabalhar com a capacitação e supervisão dos ACS. Definiu-se que cada ACS cuidaria de 150 a 200 famílias e o trabalho seria iniciado mediante o cadastramento da família, a qual receberia a visita do ACS uma vez por mês. Com o sucesso desta proposta, o PACS se expandiu para outras regiões da cidade e SBC ficou sendo o primeiro município da Grande São Paulo a introduzir essa estratégia de assistência. Para isso custeou integralmente o PACS por um ano e só depois veio o incentivo do MS. No ano de 2000, o Município contratou as primeiras enfermeiras para atuar na supervisão direta dos ACS, em substituição aos acadêmicos de medicina⁽⁷⁾. A etapa de avaliação do PACS em SBC veio sendo conduzida de forma assistemática, baseada principalmente na opinião dos profissionais e dos moradores assistidos e em alguns indicadores de mortalidade e morbidade.

Este estudo tem como finalidade contribuir para a avaliação do PACS em SBC tomando como eixo de sua análise as ações desenvolvidas pelos ACS. Teve como objetivo descrever como os ACS, que integram as equipes de PACS, estão realizando as ações previstas pelo MS e que se encontram descritas como habilidades esperadas, nas cinco competências traçadas pelo MS para este trabalhador. A questão norteadora é identificar em que *perspectiva* esses ACS estão executando estas ações, se numa perspectiva mais de recuperação da saúde e, portanto reproduzindo o modelo de assistência centrado no médico, no hospital, na patologia, ou seja, numa visão biologicista do processo saúde-doença; ou se estão atuando numa perspectiva de promoção da saúde, no sentido de desenvolver práticas baseadas numa visão mais social de processo saúde-doença, que toma como centralidade as necessidades de saúde da comunidade onde trabalha e mora, operacionalizando, a partir disso, intervenções que promovam a emancipação e a autonomia dos indivíduos e da comunidade, em busca de uma melhor qualidade de vida, construída coletivamente.

A Promoção da Saúde e a prática do Agente Comunitário de Saúde

A Promoção da Saúde representa uma das possibilidades de intervenção sobre o setor saúde, na perspectiva individual ou coletiva, que (re) introduz uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes, refletindo uma reação à crescente medicalização da vida social⁽⁸⁾. As estratégias de Promoção da saúde se dão através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde, bem como do reforço da capacidade dos indivíduos e comunidades.

A Carta de Ottawa, que é considerada como documento de referência básica e fundamental das idéias da Pro-

moção da saúde, define Promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação da mesma no controle deste processo” e propõe cinco estratégias centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas e serviços de saúde⁽⁹⁾.

Sendo a Carta de Ottawa referência das idéias da promoção para o mundo, a Declaração de Bogotá é o termo de referências para a América Latina, trazendo como discussão seus cinco princípios fundamentais: superação das dificuldades de tipos econômico, ambiental, social, político e cultural; novas alternativas para combater simultaneamente as enfermidades causadas pelo atraso e a pobreza e aquelas derivadas da urbanização e industrialização; democracia nas relações sociais; conquista da equidade e desenvolvimento dos seres humanos e sociedades⁽⁸⁾.

A Promoção da Saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento das comunidades e o desenvolvimento das comunidades na perspectiva da Promoção da Saúde é feito mediante a intervenção sobre os recursos humanos e matérias nelas existentes, no sentido de intensificar a auto-ajuda e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Tal intervenção requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado⁽⁹⁾.

Quando o MS propõe a reorganização da Atenção Básica segundo a estratégia Saúde da Família (ESF) e PACS e, com isso, incorpora o ACS no trabalho da equipe de saúde, visualiza-se a possibilidade de que este trabalhador consiga realizar ações que promovam o fortalecimento da comunidade e amplie a capacidade desta para o enfrentamento de seus problemas de saúde. A discussão das potencialidades desse novo trabalhador na Atenção Básica aponta que a dimensão comunitária deste assume uma importância muito grande e é o aspecto que pode auxiliar na mudança de enfoque para a reorganização da assistência à saúde⁽⁶⁾.

Diante do exposto, pretende-se a seguir descrever as ações realizadas pelos ACS no PACS de SBC, um município da grande São Paulo, com base nas competências e habilidades propostas pelo MS, e analisá-las à luz do paradigma da Promoção da saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo estudo de caso com enfoque quantitativo. A questão colocada era

a necessidade de se conhecer como está organizado o trabalho do ACS em um município de grande porte, que conta com muitos recursos sociais e de saúde. O foco principal do estudo é uma descrição quantitativa das ações realizadas, tomando por base as competências e habilidades definidas para este trabalhador de saúde. Essa pesquisa foi realizada no município de SBC, que está localizado na sub-região sudeste da região metropolitana de São Paulo (Grande ABC). Este município possui 407,1 Km² de área e em 2004, possuía cerca de 758.430 habitantes. O Índice Paulista de Responsabilidade Social do quadriênio 1997-2000 (que diz respeito à riqueza, escolaridade e longevidade) classifica SBC no grupo 1 ou seja, no grupo de municípios Pólo de Desenvolvimento⁽⁷⁾. Com relação à assistência de saúde, SBC possuía, em 2005, 02 hospitais, 05 pronto-socorros gerais, 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros serviços. Com relação às equipes de PACS e ESF o município contava com 15 equipes de PACS distribuídas em 13 bairros da cidade, totalizando uma cobertura de 33% da população. As equipes de ESF perfaziam um total de 16 equipes de ESF, distribuídas em 3 UBS, que atendiam aproximadamente 8% da população municipal. A coleta de dados deste estudo foi realizada através da aplicação de um formulário que buscava identificar as ações realizadas e a frequência com a qual essas ações eram executadas pelo ACS. O formulário de coleta de dados foi construído tomando por base o instrumento utilizado na pesquisa CIPESC⁽¹¹⁾ e as competências/habilidades do ACS. Era um instrumento fechado, com alternativas de múltipla escolha e continha um listado de cerca de 60 ações, articuladas segundo a competência na qual estas ações estavam inseridas⁽⁷⁾.

Assim na competência *Integração da equipe com a população local* estavam listadas ações como: orienta indivíduos, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica; realiza ações de coleta de dados e registro de informações pertinentes ao trabalho; Participa das reuniões em equipe; Expõe suas opiniões nas reuniões em equipe; Traz as necessidades da comunidade, que julga pertinente, para serem discutidas junto à equipe de saúde; Faz das visitas domiciliares a base para o desenvolvimento das suas ações como ACS, entre outras. Na competência *Planejamento e avaliação* estavam listadas ações do tipo: realiza mapeamento institucional, social e demográfico na micro-área; analisa os riscos sociais e ambientais à saúde da população; realiza o cadastramento das famílias na sua micro-área; consolida e analisa dados do cadastramento; realiza ações que possibilite a população conhecer informações dos levantamentos sócio-epidemiológicos realizados; Elabora junto à sua equipe o plano de ação para atuar na comunidade, entre outros. Na competência *Promoção da Saúde* encontrava as seguintes ações: Identifica a relação entre problemas de saúde e condições de vida; identifica situações e hábitos potencialmente promotores da saúde; organiza grupos de discussão; implementa processos de reflexão junto a indivíduos, grupos sociais e coletividades; realiza atividades educativas; orienta a população quanto ao auto-cuidado;

orienta quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos; propõe ações intersetoriais; estabelece articulações com creches, escolas; mobiliza a população para participar de conselhos e outros órgãos. Na competência *Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário* têm-se as seguintes ações: Identifica condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a comunidade; identifica na micro-área doenças relacionadas aos problemas ambientais e sanitários locais; orienta indivíduos e grupos quanto a medidas de redução e prevenção de riscos ambientais e sanitários. Na competência *Prevenção e monitoramento a grupos específicos* encontram-se listados: Identifica indivíduos e grupos que demandam cuidados especiais e comunicar a equipe; orienta famílias e grupos a identificar sinais indicativos de problemas de saúde; orienta gestantes e mães quanto aos cuidados com o bebê; estimula indivíduos e grupos a participarem de redes de prevenção da violência familiar; orienta indivíduos e famílias sobre medidas de controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Os procedimentos envolvidos na operacionalização da coleta de dados envolveram: apresentação do projeto de pesquisa junto à Secretaria de Saúde de SBC; apresentação do projeto à equipe do PACS e reunião com os ACS que aceitaram participar da pesquisa. Nesta reunião foi entregue o formulário de múltipla escolha, o qual foi preenchido pelos ACS e devolvido à pesquisadora. Foram respondentes da pesquisa 241 ACS que trabalhavam no PACS de SBC no ano de 2005, cobrindo, na época, a totalidade dos ACS que estavam atuando. O trabalho foi aprovado no comitê de ética em pesquisa da EEUSP e foram respeitadas as condições de sigilo e adesão voluntária dos ACS a pesquisa. Os dados foram coletados no período de abril e maio de 2005 e organizados em um banco de dados no programa computacional SPSS. A análise baseou-se na frequência simples das ocorrências, organizadas através da frequência com a qual estas ocorreram.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à competência **Integração da Equipe Com a População Local** os resultados demonstraram que a maioria dos ACS desenvolve as ações consideradas de integração da equipe com a população que mora na região atendida pelo PACS. Os resultados mostraram que 83% dos ACS referem fazer das visitas domiciliares a base para o desenvolvimento de suas ações. Dentro desta competência as ações mais desenvolvidas são: *orientar a comunidade sobre o funcionamento da UBS, atividades e campanhas e orientar a comunidade quanto às ações desenvolvidas nos diversos serviços de saúde*. Dentre as ações apontadas como raramente desempenhadas destaca-se *expor opiniões nas reuniões em equipe*, com 39% de ACS respondendo que raramente fazem isso.

A maioria dos CAS assinala se empenhar para *executar as ações propostas pela equipe* diariamente (46%), isto pode

indicar que o ACS desenvolve, primordialmente, as ações solicitadas pela equipe de saúde, sem contudo explicitar junto à equipe sua percepção das necessidades da comunidade. Alguns ACS (12%) referiram *levar as necessidades da comunidade, para serem discutidas junto à equipe de saúde* diariamente e 9,5 % dos ACS refere fazer isso raramente. Com isto pode-se observar que esta ação mais pró-ativa do ACS ainda é não é consenso entre as equipes de saúde.

A discussão desta competência **Integração da Equipe com a População Local** aponta o reconhecimento histórico do ACS como elo entre a comunidade e o serviço de saúde, contudo salienta-se que este trabalhador não pode constituir um elo isolado, ele deve promover uma verdadeira integração com os profissionais de saúde e a comunidade⁽¹²⁻¹³⁾. Servir de elo significa não apenas estar presente na corrente mas ainda interagir com ela. Assim o grande desafio do ACS é integrar o seu lado *comunitário*, associado ao fato de este compartilhar os contextos sociais, culturais e lingüísticos, com o grupo social adscrito à sua equipe de saúde, com o seu lado *profissional de saúde*, que compartilha com a equipe de saúde o modelo biomédico de intervenção⁽¹³⁾. Ao analisar os dados é possível identificar a dificuldade do ACS em fazer colocações sobre seu reconhecimento de necessidades de saúde nas reuniões de equipe. Tal fato sugere que a integração esperada (comunidade/equipe de saúde) esteja se dando mais no âmbito da reprodução do modelo biomédico no interior da comunidade, do que na *contaminação* dos saberes e práticas da equipe de saúde com as necessidades de saúde da comunidade.

Na análise da competência **Planejamento e Avaliação** observa-se que 46,5% dos ACS referiram realizar diariamente a ação *incentivar a população a participar de atividades na própria comunidade* e 36,5% referiram que *identificam e analisam os riscos ambientais em sua micro-área de atuação* também diariamente. A frequência raramente foi a reposta de mais de 40% dos ACS sobre a realização das ações *informar sobre os recursos do território de sua micro-área e estabelecer ações para resolução dos problemas de saúde de sua micro-área de atuação, segundo critérios estabelecidos pela população local*. A maioria dos ACS refere que não fazem a análise dos riscos sociais, mas fazem análise dos riscos ambientais. Isso pode estar relacionado com o fato do ACS não ser preparado para identificar e intervir em questões sociais, pois em geral recebe treinamentos voltados para o enfrentamento de problemas como dengue ou outras doenças epidêmicas. A qualificação para o trabalho do ACS ainda é feita de forma desestruturada, fragmentada e na maioria das vezes insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel na comunidade⁽¹³⁾. Mais da metade dos ACS referiu que *não estabelece ações para resolução dos problemas de saúde com base nos critérios estabelecidos pela equipe e/ou população*

local, e afirmam que raramente fazem *a avaliação e reprogramação dessas ações*. Os resultados apontam que equipe de saúde parece estar desconsiderando a importância de se envolver a comunidade na priorização e no enfrentamento dos problemas de saúde, não reconhecendo a importância da presença do ACS no desenvolvimento dessa parceria. A equipe também precisa ser estimulada a avaliar as ações que realiza no sentido de (re)qualificar a ações que desenvolve.

Ao se analisar a competência de **Planejamento e Avaliação** observa-se que as ações que a integram não são realizadas de modo a tomar a comunidade e o espaço geo-social adstrito à equipe de saúde como locus de atuação. Pode-se observar também que as iniciativas de avaliação das ações são quase inexistentes. Acredita-se que, no município de questão, os ACS possuem linhas de ações diferenciadas entre as equipes, visto que a ação *estimula sua comunidade a participar dos conselhos locais ou conferências de saúde e outros* aparece polarizada, ou seja, metade dos ACS diz que a realiza raramente e a outra metade diz que diariamente faz isso, embora no geral a maioria dos ACS refira *incentivar a participação popular na sua própria comunidade*.

Na prática percebe-se que muitos ACS evitam contato com grupos que tenham algum tipo de envolvimento político (e eles colocam nesse rol conselhos e conferências) e, portanto se sentem mais respaldados ao orientar a população sobre as ações realizadas no próprio bairro e no corpo biológico-individual. Grande parte dos ACS refere que *não informa à comunidade e ao Programa os recursos sociais de sua micro-área*, possivelmente porque não existe um impresso próprio para o registro ou uma solicitação específica, o que revela uma prática distante do reconhecimento da intersetorialidade.

No que se refere à competência **Promoção da Saúde** os resultados mostraram que as frequências de ocorrência das ações desta competência se polarizam entre diariamente e raramente, indicando diferentes condutas nas diferentes equipes.

Os dados apontaram que a frequência diariamente foi referida por mais de 70% dos ACS para a realização das ações *orientar os indivíduos quanto ao auto-cuidado e quanto a medidas de proteção à saúde e estimular os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença*.

A maioria dos ACS referiu que *identifica a relação entre os problemas sociais e as condições de vida* e que raramente *executa ações em parceria com outras Secretarias existentes no Município*. Quanto a esta última ação cerca de 47% dos ACS referiram que não fazem nenhuma proposta de ação para esta parceria. Observa-se também que 25% referem *utilizar recursos de informação e comunicação*

O grande desafio do ACS é integrar o seu lado *comunitário*, associado ao fato de este compartilhar os contextos sociais, culturais e lingüísticos, com o grupo social adscrito à sua equipe de saúde, com o seu lado *profissional de saúde*, que compartilha com a equipe de saúde o modelo biomédico de intervenção.

adequados à realidade local diariamente e 28,6% referem que raramente fazem isso.

Quanto à participação nos Conselhos de saúde, verifica-se que os ACS raramente participam dos Conselhos locais de saúde, possivelmente por não serem incentivados e não possuírem clareza sobre sua contribuição. A atuação *mais* comunitária do ACS deveria ser estimulada para que este pudesse atuar mais amplamente nos determinantes sociais da saúde. Diante do exposto, pode-se inferir que as ações que buscam uma aproximação intersetorial na competência da Promoção da saúde não são realizadas pela maioria dos ACS.

Observa-se aqui uma grande heterogeneidade de ações entre os ACS no que tange a realização de ações de promoção da saúde e a importância atribuída a uma proposta de ação intersetorial. O ACS, na sua maioria, possui um bom relacionamento interpessoal com a comunidade e com os indivíduos desta comunidade, assim orientar os indivíduos e comunidade sobre o autocuidado parece ser realmente sua ação *preferida*. Quando o ACS é solicitado a realizar contatos com outros serviços ou para estabelecer parcerias com outros setores da sociedade, isso não é facilmente colocado em prática por eles. Esta dificuldade é reforçada pela organização das equipes de saúde no PACS, pois esta tende a centralizar as ações no enfermeiro e acaba assim inibindo iniciativas espontâneas de intersetorialidade por parte do ACS, prova disso é o reduzido número de atividades educativas para grupos realizadas pelo ACS.

Com relação à competência **Prevenção e Monitoramento de Risco Ambiental e Sanitário** observa-se que a maioria dos ACS realiza diariamente as ações *identificar as condições ambientais e sanitárias que provoquem riscos para a saúde da comunidade e informar à população sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação*.

A ação **Orientar a Comunidade Quanto aos Cuidados Relacionados ao Ambiente Hospitalar** foi informada como raramente realizada pela maioria dos ACS. Baseando-se nos dados informados é possível observar que os ACS têm maior facilidade em identificar e orientar a comunidade quanto às questões sanitárias e relativas ao meio ambiente, porque os ACS são *autonomizados* e estimulados a desenvolver estas orientações na comunidade. Outra questão importante a ser lembrada é que o ACS tem sido muito utilizado nas campanhas de prevenção da dengue, entre outros projetos, que envolvam o meio ambiente.

A análise dos dados nos mostrou que as ações que integram a competência **Prevenção e Monitoramento de Risco Ambiental e Sanitário** estão na sua maioria relacionadas à orientação e informação aos indivíduos sobre cuidados relativos ao meio ambiente. O ACS se sente muito à vontade realizando as ações que integram esta competência, entretanto, não se pode deixar de dizer que, ao se atribuir a responsabilidade ao ACS de *toda ação ambiental* a ser desenvolvida na comunidade (limpeza de caixa d'água, combate a dengue, entre outras), tem-se como implicação

direta um processo de qualificação deste trabalhador, que muitas vezes pode assumir características de inadequação, pois o ACS recebe diversos micro-treinamentos fragmentados, dados por diferentes setores da sociedade, fora do contexto do trabalho da equipe de saúde e muitas vezes desarticulado dos problemas ambientais e sanitários da sua micro-área.

Na competência **Prevenção e Monitoramento a Grupos Específicos e Morbidades** as respostas indicam que as ações que compõe esta competência são freqüentemente realizadas pelos ACS. Destaca-se que, diariamente, mais de 60% dos ACS referem realizar as ações: *orientar a comunidade sobre os sinais que indicam problemas de saúde; identificar um problema de saúde, nos indivíduos ou grupos e encaminhar a UBS para atendimento*.

Os ACS responderam que raramente *estimulam indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais, que envolvam orientação e prevenção da violência intra e inter-familiar; e afirmaram que raramente levam medicação para a população e agendam ou remarcam consultas para a comunidade*. As ações *orientação aos familiares da gestante, sobre os cuidados relativos ao puerpério, orientar os familiares da gestante sobre os cuidados relativos ao parto* são freqüentes na prática do ACS.

Pode-se observar que na competência **Prevenção e Monitoramento a Grupos Específicos e Morbidades** as ações previstas estão na sua maioria relacionadas às orientações aos indivíduos e/ou grupos sobre agravos crônicos ou transmissíveis e são bastante realizadas pelos ACS. Este trabalhador parece priorizar o desenvolvimento de ações voltadas para a orientação da comunidade quanto aos sinais clínicos que indiquem problemas de saúde. Outra ação bastante desenvolvida nesta competência é aquela que diz respeito aos cuidados com gestantes e crianças. Contudo orientações relativas ao enfrentamento de morbididades como violência inter e intra-familiar são pouco realizadas.

O enfrentamento de problemas de saúde que tenham interface social é pouco realizado pelos ACS e revelam as dificuldades deste trabalhador para lidar com estas situações, que em última instância deveriam ser o grande objeto de seu trabalho. Pode-se também considerar que a realidade de intervenção do ACS é complexa, onde o universo de problemas circula desde demandas de saúde mental, de atendimento odontológico, de fisioterapia e reabilitação, de pacientes acamados e seus cuidadores até aquelas conseqüentes da violência urbana e familiar, e ambientais (como lixo, ratos, enchentes) e que frente a isso a missão do ACS tem que ser repensada com ele e por ele⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Promoção à Saúde é um campo em expansão, porém com enorme potencial, dadas as demandas decorrentes da descentralização, preconizada pelo SUS, que favoreceram o desenvolvimento de um movimento municipalista da Saú-

de e o fortalecimento da participação popular e o controle social nas questões de saúde⁽⁶⁾.

As propostas PACS/ESF se baseiam numa inserção no nível local, onde os técnicos conhecem a população de uma forma ampliada possuindo informações que possibilitam reconhecer as condições de vida e identificar o impacto desta sobre o processo saúde-doença. Nestas propostas o território assume uma dimensão diferenciada, se constituindo no lugar onde se enfrenta a lógica do mercado, a supremacia da competitividade e a globalização, uma vez que esta tem sido mais voltada para unificar do que para unir, não respeitando as condições históricas e reais de todos os envolvidos.

Com base neste estudo podemos identificar que o trabalho ACS do tem potencial para contribuir com o desenvolvimento de processos de envolvimento das lideranças locais na discussão e enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes sociais, presentes no seu território. Para tanto é importante ressaltar a necessidade de se construir ações de saúde para o ACS que se caracterizem como um trabalho específico, bem fundamentado, que explore o pólo comunitário deste trabalhador e não desenhar para ele uma prática de *faz tudo* ou tratá-lo como um *recurso de baixo custo para expansão de cobertura dos serviços de saúde*. Faz-se necessário repensar as ações que o ACS tem assumido nos últimos tempos, para que ele não se torne um *pseudoprofissional da saúde*, que pouco ou quase nada contribuirá para mudança do modelo de queixa-conduta, biologicista e excludente, que predomina no setor saúde.

Contudo é importante lembrar que não se poder colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser a *mola propulsora da consolidação do SUS*, pois na prática esta consolidação depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios ACS que sem dúvida tem um papel fundamental⁽¹²⁾.

Este estudo apontou dois grandes desafios para o trabalho do ACS, o primeiro é estimulá-lo a desenvolver as ações

comunitárias, com vistas ao desenvolvimento de trabalhos centrados na perspectiva da valorização do território local, explorando as potencialidades da vivência solidária como base para o fortalecimento da identidade da cidadania.

O segundo desafio seria a priorização do desenvolvimento de ações intersetoriais pelo ACS, o conceito de intersetorialidade surgiu como uma perspectiva de solução integrada dos problemas vividos pela população e as mudanças necessárias inclui a aproximação dos responsáveis pelas diferentes instituições para a leitura das necessidades do coletivo⁽¹⁵⁾.

Nessa lógica, a escola não se limita ao ensino. O serviço de saúde não se limita ao atendimento das intercorrências ou ações preventivas. O ginásio de esporte não se limita a oferecer seu espaço e equipamentos. Cada serviço sediado numa dada comunidade compõe uma rede de ação social. Essa rede deve articular-se para identificar os problemas e encaminhar soluções integradas⁽¹⁵⁾.

Apoiado numa prática interssetorial o ACS teria a seu dispor mais opções tecnológicas para responder as necessidades da população que assiste e poderia assim ampliar sua ação sobre os problemas cuja determinação não é apenas biológica e sim construída na interface entre o corpo biológico e corpo social. No entanto não podemos esquecer que o fortalecimento da ação intersetorial, esbarra em condições políticas propícias, pois é fundamental a revisão do papel das instituições promotoras de políticas públicas tendo em vista a promoção da equidade e a integralidade no atendimento ao cidadão.

Concluindo, promover saúde é fazer política. É aceitar o imenso desafio de desencadear um amplo processo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular que otimize os recursos disponíveis e garanta sua aplicação em políticas que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade⁽¹⁵⁾.

Espera-se que estas questões levantadas neste estudo sejam objeto de futuras pesquisas, pois, as ações desenvolvidas pelo ACS, ainda não correspondem às expectativas da equipe, do governo, da comunidade e do próprio ACS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Brasília; 2001.
2. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
3. Carvalho VLM. A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeceira da Serra [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.
4. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis Rev Saúde Coletiva. 1998;8(2):11-48.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde. Brasília; 2004.
6. Chiesa A, Fracoli LA. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. Rev Bras Saúde Família. 2004; (ed.esp):42-56.
7. Santos LPGS. O Agente Comunitário de Saúde em São Bernardo do Campo (SP): possibilidades e limites para a promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

-
8. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Trad. de Luís Eduardo Fonseca. Brasília; 1996.
 9. Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 64-84.
 10. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):163-77.
 11. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Projeto de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil. Manual do pesquisador: orientação para o trabalho em campo. Brasília; 1997.
 12. Tomaz JBC. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um "super-herói". Interface Comum Saúde Educ. 2002;6(10):84-7.
 13. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):456-61.
 14. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):426-33
 15. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saúde Soc. 2004; 13(1):25-36.