UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM
SÃO BERNARDO DO CAMPO:
POSSIBILIDADES E LIMITES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Luciana Patriota Gusmão Soares dos Santos

São Paulo
2005

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM
SÃO BERNARDO DO CAMPO:
POSSIBILIDADES E LIMITES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Luciana Patriota Gusmão Soares dos Santos

São Paulo
2005

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiantes.

Assinatura:

Data:

Ficha catalográfica

Santos, Luciana Patriota Gusmão Soares dos

A atuação do Agente Comunitário de Saúde em São Bernardo do Campo: Possibilidades e limites para a Promoção da Saúde / Luciana Patriota Gusmão Soares dos Santos – São Paulo, 2005.

128p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.

1. Agentes Comunitários de Saúde 2. Promoção da Saúde 3. Saúde Coletiva

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM
SÃO BERNARDO DO CAMPO:
POSSIBILIDADES E LIMITES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Saúde Coletiva da Escola
de Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracolli

São Paulo
2005

Quantas vezes

*Quantas vezes nós pensamos em desistir, deixar de lado o ideal os sonhos.
Quantas vezes batemos em retirada, com o coração amargurado pela injustiça.
Quantas vezes sentimos o peso da responsabilidade, sem ter com quem dividir.*

Quantas vezes sentimos solidão, mesmo cercados de pessoas.

Quantas vezes falamos, sem sermos notados.

Quantas vezes lutamos por uma causa perdida.

Quantas vezes voltamos para casa com sensação de derrota.

*Quantas vezes aquela lágrima teima em cair, justamente na hora que precisamos
parecer fortes.*

Quantas vezes pedimos a Deus um pouco de força, um pouco de luz.

*E a resposta vem, seja lá como for, um sorriso, um olhar cúmplice, um cartãozinho,
um bilhete, um gesto de amor...*

E nós insistimos.

*Insistimos em prosseguir, em acreditar, em transformar, em dividir, em estar, em ser.
E Deus insiste em nos abençoar, em nos mostrar o caminho, aquele mais difícil, mais
complicado, mais bonito...*

E nós insistimos em seguir, por ter uma missão... SER FELIZ!

Dedicatória

Aos meus preciosos pais...

Cheguei até aqui e creio que valeram os esforços.

Agradeço a vocês o exemplo de vida, o estímulo, a compreensão e os sólidos valores de verdadeiros educadores.

Pois este título não seria possível, se não fosse o primeiro, que é o maior e insuperável título da minha vida...

Ser filha de Geraldo e Ivone

Ao meu marido **Érlon**...

Nesta jornada, nunca estive só...

Agradeço todo carinho, paciência, cuidado, estímulo e incondicional apoio.

Meu eterno agradecimento com Amor e reconhecimento.

Aos meus irmãos **Leonardo, Eduardo e Wagner**...

Vocês que direta e indiretamente sempre estiveram presentes nesta minha trajetória de estudos.

Agradeço toda disponibilidade, todo o respeito e atenção que sempre tiveram...

Se aqui cheguei, também devo à contribuição e apoio de vocês e foram vários tipos de apoio, nenhum menos importante, todos indispensáveis.

Agradecimentos

Agradeço em especial à minha orientadora, **Lislaine Aparecida Fracoli**, por acreditar no meu potencial desde o início e me orientar com capacidade, sabedoria e compreensão.

Compartilhar com você momentos de reflexão foi realmente valioso e ficarão para sempre na minha memória...

Meu sincero agradecimento e reconhecimento...

À **Ana Luiza Vilela Borges** por toda a disponibilidade, atenção e respeito que me recebeu para transmitir seus conhecimentos na parte computacional.

À **Anna Maria Chiesa** e **Ana Sílvia Whitaker Dalmaso** pelas preciosas contribuições dadas na qualificação da pesquisa.

À **Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli** que indiretamente sempre esteve presente na minha trajetória no campo da Saúde Coletiva.

À **Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo**, em especial à **Tereza Eiko Ando Saito**, **Maria de Fátima Sanches Videira**, **Liete Rodrigues**, aos enfermeiros do **PACS** e **ACS**.

A todas as **professoras da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, em especial ao departamento em Saúde Coletiva.

Aos **familiares**, **amigos** e todos aqueles que estiveram enviando apoio e energia positiva, além da paciência em entender e aceitar tantos momentos ausentes.

Sumário

Página

Lista de figuras	
Lista de quadros	
Lista de tabelas	
Lista de gráficos	
1. Introdução	1
1.1 O ACS em São Bernardo do Campo: um breve histórico	11
1.2 Implantação do PACS em São Bernardo do Campo: a especificidade do ACS	16
1.3 O PACS hoje.....	23
2. Objetivos	28
3. Quadro teórico	30
4. Metodologia	39
• Cenário do estudo	41
• Definição dos sujeitos da pesquisa	50
• Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados	51
• Procedimentos ético-legais	53
• Sistematização e análise dos dados	54
5. Resultados e discussão	56
5.1 Caracterização dos ACS de São Bernardo do Campo.....	57
5.2 As competências e ações desenvolvidas pelos ACS do PACS em São Bernardo do Campo	64
5.3 O <i>empowerment</i> nas ações de Promoção à saúde do ACS: possibilidades e limites	92
6. Considerações finais	99
7. Referências bibliográficas	113
8. Anexos	119

Lista de figuras

	Página
Figura 1 - Localização dos bairros atendidos pelo PACS no Município de São Bernardo do Campo	24
Figura 2 - Mapa da localização de SBC na região da Grande São Paulo	42
Figura 3 - Distribuição das equipes de PACS/PSF no Município de São Bernardo do Campo	49

Lista de quadros

	Página
Quadro 1 - Componentes dos Indicadores Sintéticos Setoriais e seus respectivos peso	43
Quadro 2 - Critérios de formação dos grupos do IPRS	44
Quadro 3 - Comparativo das Estatísticas Vitais, segundo regiões ..	48
Quadro 4 - Identificação do total de ACS nas equipes de PACS por área e a distribuição, segundo a forma de participação na pesquisa	51
Quadro 5 - Caracterização do ACS, segundo idade, número de filhos, renda familiar, número de pessoas que vivem com a renda referida, tempo de residência no bairro e tempo de trabalho no PACS. São Bernardo do Campo, 2005	61

Lista de tabelas

	Página
Tabela 1 - Distribuição dos ACS, segundo variáveis sociodemográficas. São Bernardo do Campo, 2005	58
Tabela 2 - Distribuição do ACS, segundo sua inserção no trabalho. São Bernardo do Campo, 2005	59

Lista de gráficos

	Página
Gráfico 1 - Distribuição percentual das atividades econômicas no município de SBC, segundo a evolução nas décadas. São Bernardo do Campo, 2005	47
Gráfico 2 - Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL. São Bernardo do Campo, 2005	66
Gráfico 3 - Frequência das ações realizadas raramente e freqüentemente pelos ACS, na competência INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL (Categoria A). São Bernardo do Campo, 2005 .	68
Gráfico 4 - Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO. São Bernardo do Campo, 2005	71
Gráfico 5 - Frequência das ações realizadas raramente e freqüentemente pelos ACS, na competência PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO (Categoria B). São Bernardo do Campo, 2005	73
Gráfico 6 - Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência PROMOÇÃO DA SAÚDE. São Bernardo do Campo, 2005	78
Gráfico 7 - Frequência das ações realizadas raramente e freqüentemente pelos ACS, na competência PROMOÇÃO DA SAÚDE (Categoria C). São Bernardo do Campo, 2005	80
Gráfico 8 - Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO. São Bernardo do Campo, 2005	84
Gráfico 9 - Frequência das ações realizadas raramente e freqüentemente pelos ACS, na competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO (Categoria D). São Bernardo do Campo, 2005	85

Gráfico 10 - Distribuição por freqüência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS E MORBIDADES. São Bernardo do Campo, 2005	87
Gráfico 11 - Freqüência das ações realizadas raramente e freqüentemente pelos ACS, na competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS E MORBIDADES (Categoria E). São Bernardo do Campo, 2005	89

Resumo

A pesquisa tem como objetivo caracterizar o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), identificando as ações realizadas e analisando-as à luz do paradigma da Promoção da saúde. Para isso optou-se por uma pesquisa exploratória do tipo quanti-qualitativa, realizada com todos os ACS das 15 equipes de PACS, num total de 241 ACS, do município de São Bernardo do Campo (SP). A coleta de dados foi pela aplicação de um questionário para a caracterização dos ACS e um formulário baseado nas competências preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), que buscou identificar as ações que este profissional realiza, bem como a frequência com a qual executa essas ações. O conteúdo dos instrumentos de coleta foi organizado e analisado no programa computacional SPSS. Como resultado da análise evidenciou-se que a maioria dos ACS é constituída de mulheres, com idade média de 33 anos, com união conjugal, de raça branca e parda, nascidas na região Sudeste, zona urbana, com ensino médio completo e curso profissionalizante, com participação em um trabalho formal antes de ser ACS e que vivem com média de 3 salários mínimos. Em média, moram há 15 anos no bairro onde trabalham, sendo que há 4 anos trabalham como ACS. A forma de participação comunitária na vida pessoal que mais se destaca é a ligada a grupos religiosos. As competências preconizadas pelo MS: “Integração da equipe com a população local”; “Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário” e “Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades” são em sua maioria realizadas pelos ACS, enquanto que as de “Planejamento e avaliação das ações de saúde” e “Promoção da saúde” são realizadas de forma heterogênea pelo Município. Partindo-se do princípio que as estratégias de Promoção da saúde necessitam, entre outros fatores, das políticas públicas para concretizar suas ações, concluiu-se pela necessidade de se realizar um planejamento das ações do ACS que seja comum a todo o Município, pela importância 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 intersetorialidade.

Unitermos: Agentes comunitários de Saúde, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva.

Abstract

The research has as objective to characterize the profile of the Communitarian Agents of Health (CAH), identifying the carried through actions and analyzing them in the way of the paradigm of the Health Promotion. For this it was opted to an exploring research of the quanti-qualitative kind, carried through with 241 CAH of the city of São Bernardo do Campo (SP). Collection of data was made through application of questionnaire for characterization of CAH and form based in abilities praised for Ministry of Health (MH), that it searched to identify the actions that this professional carries through, as well as the frequency which executes these actions with. The content of the collection instruments was organized and analyzed in the computational program SPSS. As result of the analysis, it was evidenced that the majority is constituted of women, with average age of 33 years, conjugal union, of white and medium brown race, born in the southeastern region, urban zone, with complete high school education and professionalizing course, with participation in a formal job before being CAH and that they live with average of 3 minimum wages. In average, they live has 15 years in the neighborhood where they work, and it has 4 years they work as CAH. The form of communitarian participation that is more distinguished is bound to religious groups. The abilities praised for the MH: Integration of the team with the local population; Prevention and monitoring of ambiental risk and sanitary; Prevention and monitoring the specific groups and morbidities are in its majority carried through by the CAH while that of planning and the evaluation of the actions of health and health promotion they are carried through of heterogeneous form in the city. Considering the strategies of health promotion need, among others factors, of the public politics to materialize its action, it's concluded for the necessity to carry through a planning of the actions of the CAH to the health promotion, such that it's able to direct to the empowerment of the community and to the action between sectors.

Keywords: Communitarian Agents of Health, Health Promotion, Collective Health.

Introdução

1 - Introdução

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) originou-se de experiências chinesas e cubanas divulgadas na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em 1978, na cidade de Alma-Ata (República do Casaquistão). Essa 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, os participantes afirmaram 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 e a referência à utilização do ACS aparece quando se elaboram as ações e competências que compõem os cuidados primários de saúde como primeiro nível de organização do sistema de saúde ^(1,2).

No Brasil, autoras como Silva e Dalmaso ⁽²⁾ consideram que a inclusão de ACS nos programas de saúde brasileiros originam-se das propostas do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), desenvolvidas no período de 1942 a 1960 e das propostas da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSesp), implementadas entre 1960 e 1990. Essas autoras consideram ainda, que a experiência da FSesp com programas de saúde

influenciaram muito a concepção das diretrizes que, atualmente, orientam as práticas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF).

Em meados da década de 70, multiplicaram-se, pelo país, iniciativas municipais para resolver demandas sociais emergentes e urgentes, principalmente na área da saúde. Vários municípios implantaram programas dentro dos princípios da Atenção Primária à Saúde. Os programas de agentes de saúde foram uma destas vertentes. Para concretizá-los, os responsáveis tiveram de unir empenho e criatividade, já que muitas vezes não dispunham do conhecimento necessário, nem de orientação oficial (Silva e Dalmaso: 2000, 30-31).

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 Estado do Ceará, sendo denominado de PAS (Programa Agentes de Saúde) constituindo-se na primeira iniciativa de implantação de agentes de saúde em nível estadual ⁽³⁾.

Na busca de identificar os fatos mais importantes gerados na implementação do PAS do Ceará, Silva e Dalmaso ⁽²⁾ citam um estudo realizado por Minayo et al. (1990), que encontrou resultados positivos relativos à implantação desse programa, tais como a ampliação do acesso das pessoas aos serviços de saúde, a importância dos agentes de saúde para as comunidades, a melhoria dos indicadores de vacinação, o aumento do controle de câncer cérvico-uterino, a redução da mortalidade infantil por

diarréia, entre outros. Essas avaliações positivas contribuíram decisivamente para a manutenção e ampliação do PAS no Estado e para a proposição pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), em 1991 para todo o território brasileiro. Nesse mesmo ano, o trabalho dos agentes comunitários ganha notoriedade, quando o Ceará obtém o Prêmio Maurice Pape, do Unicef, por ter reduzido em 32% o índice de mortalidade infantil em sua região ⁽³⁾.

Em São Paulo, experiências pioneiras de inserção do ACS ocorreram em São José dos Campos, desde 1979, e na Região do Vale do Ribeira a partir de 1981, em decorrência da implantação de programas dentro dos princípios da Atenção Primária à Saúde ⁽⁴⁾.

Em 1992, o PNACS retira o termo *nacional* e passa a ser denominado PACS ⁽²⁾.

Nesta época, o Ministério da Saúde delineou como requisitos para a adesão dos municípios e financiamento do PACS, a necessidade de parecer e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, existência do Fundo Municipal de Saúde, a presença de um enfermeiro supervisor para cada 30 Agentes de Saúde, existência de unidades de saúde na área de atuação do Agente Comunitário de Saúde, tendo estabelecido também as atribuições das diferentes esferas envolvidas na gestão do Programa. A partir de então, com a implantação da Norma Operacional Básica - NOB/96, acrescentou-se a necessidade do Município estar habilitado em uma das modalidades de gestão (Carvalho: 2002, 04).

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, particularmente para atuar 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 que busca atuar de forma integrada com a comunidade, numa abordagem menos reducionista de saúde, não centrada unicamente na figura do médico ⁽⁵⁾.

O objetivo central do PACS, proposto pelo Ministério da Saúde, é assim expresso:

Melhorar, através dos ACS, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos; e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (Silva: 2001, 39).

Como objetivo específico, o PACS buscava capacitar os ACS para a execução de trabalhos no primeiro nível de atenção à saúde, garantindo cuidados à população, contribuindo para a extensão da Atenção à Saúde, fortalecendo o elo entre serviço e comunidade, sendo o trabalho do ACS integrado com a equipe da unidade de saúde a que estiver vinculado, ampliando o acesso à informação sobre saúde e cooperando com a organização comunitária no trato com os problemas de saúde ⁽⁶⁾.

O Ministério da Saúde ⁽⁷⁾ definiu o ACS como um trabalhador que integra a equipe local de saúde, prestando cuidados primários às famílias da sua comunidade, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde, por meio de ações individuais e coletivas.

Em 1993, o PACS já abrangia 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29.000 ACS, atuando em 761 municípios. A estratégia definida previa a ampliação, em 1994, para novos municípios das regiões Norte e Nordeste e estendido também para a região Centro-Oeste do Brasil

(4).

O documento Avaliação Qualitativa do PACS descreve o estudo desenvolvido entre setembro a novembro de 1994, cuja metodologia inclui entrevistas com usuários. Entre os vários aspectos positivos apresentados por esse estudo, cita-se aqui principalmente o reconhecimento dos usuários pelo trabalho do ACS, reflexos importantes no aumento da cobertura vacinal, na terapia de reidratação oral, no início precoce dos exames pré-natais, no conhecimento dos agentes pelo nome, quando comparados os dados obtidos para população coberta e não coberta pelo ACS. Ao lado das evidências positivas, o relatório da pesquisa sugere necessidades do aprimoramento do processo de supervisão dos agentes e da formação profissional desses últimos. Além desses aspectos, o relatório aponta para uma articulação insuficiente do ACS com outros profissionais e com os serviços de saúde, e do programa com o sistema de saúde dos municípios onde está implantado (Silva: 2001, 50).

Segundo Silva ⁽⁴⁾, o PACS atualmente se encontra em fase de expansão, tanto nas grandes cidades e áreas metropolitanas como nas áreas rurais, com perspectiva de ampliação do acesso, racionalidade técnica e econômica, participação popular e extensão de cobertura de serviços para grupos específicos da população, apresentando, no nível local, algum grau de reformulação a depender da característica do grupo envolvido ou de processos ocorridos em nível central.

Associado a lei n.º 10.507 de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde; a Portaria GM/MS n.º 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece as atribuições do ACS, e o Decreto Federal n.º 3.189, de 04 de outubro de 1999, que fixa diretrizes para o exercício de suas atividades ⁽⁸⁾, possibilitaram, segundo o Ministério da Saúde,

uma proposição qualitativa de suas ações e um perfil profissional que concentra 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 (Ministério da Saúde, 2004, 8).

Com base nesta análise, que considerou as singularidades e especificidades do trabalho do ACS, foram construídas as competências que compõem o perfil profissional do ACS ⁽⁸⁾.

Conceituou-se como competência profissional a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos específicos no trabalho, com iniciativa e responsabilidade, segundo um raciocínio prático sobre o que está acontecendo e com a capacidade para coordenar-se com outros atores para a mobilização de suas capacidades ⁽⁸⁾.

Cada competência proposta expressa uma dimensão da realidade do trabalho do ACS e representa um eixo estruturante de sua prática ⁽⁸⁾.

Atualmente no Brasil, segundo o Ministério da Saúde ⁽⁸⁾, compete aos ACS:

No exercício da sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos e habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com indivíduos, grupos sociais e populações (2004, 8).

Nesse documento, faz-se uma descrição das competências que devem compor o perfil profissional do ACS, citando as habilidades e conhecimentos necessários para sua atuação. São definidos como competências do ACS: desenvolver integração da equipe com a população local; realizar planejamento e avaliação das ações de saúde; realizar Promoção da saúde; realizar prevenção e monitoramento de risco ambiental

e sanitário; realizar prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbididades.

Em levantamento bibliográfico, realizado por Santos (2004), sobre o processo de trabalho do ACS, foram encontrados 124 trabalhos, produzidos no período compreendido entre 1983 e 2003, que tratavam especificamente desse trabalhador da saúde. Dos 124 trabalhos identificados, 23% relacionavam-se a guias/manuais de trabalho para o ACS, que propunham, em sua maioria, instrumentalizar o ACS para o enfrentamento das dificuldades encontradas relacionadas à prevenção das doenças (hanseníase, saúde da criança, uso de medicamentos, cólera, entre outras). Em 22% dos trabalhos, o termo Agente de Saúde era utilizado para fazer referência a outro tipo de atividade, diferente da realizada pelo ACS, conforme preconiza o Ministério da Saúde, como, por exemplo, ao citar o trabalho específico de parteira como de Agente de Saúde. Cerca de 13% dos trabalhos citavam as ações do ACS diante os agravos à saúde que avaliavam, entre outros, sua participação nas questões referentes à saúde da criança, desnutrição, hanseníase, amamentação, e 13% dos estudos discutiam a inserção do ACS no PSF. Apenas 14% dos trabalhos abordavam o trabalho do ACS, referindo-se à sua prática, à sua identidade, às suas representações sociais e às avaliações sobre seu trabalho⁽⁹⁾.

Foram identificados cinco estudos sobre o ACS e a Saúde Mental, três estudos sobre o ACS e o Sistema de Informação da Atenção Básica e

seis trabalhos sobre o ACS no PACS. Também foram encontrados guias de capacitação para o ACS em cinco trabalhos.

Essa revisão bibliográfica aponta que, na maioria dos estudos, o trabalho do ACS é tratado numa perspectiva biologicista e sua ação é limitada a reproduzir a visão medicalizante do modelo de saúde já existente. O ACS acaba não sabendo (ou tendo) como encontrar uma alternativa ao modelo hegemônico, que o distancia das ações construídas coletivamente junto à população para Promoção da saúde, ainda que a difícil tarefa de organizar a Atenção à Saúde não pode estar somente a cargo do ACS, mas de todos os envolvidos que devem sentir-se responsáveis por este processo.

Mesmo diante desta realidade, considerações sobre o trabalho do ACS começam a ser divulgadas, buscando compreender a sua dimensão socioocupacional.

Autores como Carvalho (2002), procurando conhecer a prática do ACS sob a ótica de sua dinâmica social, conclui que esse profissional favorece o acolhimento e resgata a integralidade do sujeito/usuário com destaque para o suporte social que oferece à população por intermédio do seu perfil solidário ⁽³⁾.

Silva (2001), ao analisar o perfil ocupacional e social do ACS no PSF/Projeto Qualis considera os pólos de atuação na instituição e na comunidade, concluindo que não há exclusividade na adesão de um pólo ou outro, mas que o profissional, ao enfrentar conflitos e tensões no dia-a-dia,

tende a pender mais para o pólo institucional e para a prática do bom senso, em referência ao que ele considera como trabalho e identidade ocupacional

(2).

Diante do exposto, verificamos a necessidade de desenvolver pesquisas que aprofundem a discussão sobre o processo de trabalho do ACS. Estudos sobre o tema podem representar um empreendimento de extrema atualidade no campo da Saúde Coletiva, ao realizar a crítica construtiva para subsidiar as políticas do setor, colaborando na implantação da estratégia do PACS e PSF no Brasil.

1.1 - O ACS em São Bernardo do Campo: um breve histórico

Em 1997, a Secretaria de Saúde e Promoção Social, posteriormente desmembrada em Secretaria da Saúde e Secretaria de Promoção Social, propõe oficialmente ao Conselho Municipal de Saúde a inclusão do ACS como estratégia para um novo modelo assistencial, visando à organização do sistema local de saúde.

Com base no documento enviado ao Ministério da Saúde, em maio de 1995, o Município de São Bernardo do Campo (SBC) assumiu seu papel constitucional como Gestor no Sistema Único de Saúde (SUS) no seu âmbito, na condição de Gestão Semi-Plena.⁽¹⁰⁾

Do ponto de vista financeiro, o impacto não chegou a ser fundamental, mas, do ponto de vista político institucional, este fato representaria um avanço na política sanitária do Município, com a descentralização de atribuições e competências⁽¹⁰⁾.

Com a Gestão Semi-Plena garantiu-se no orçamento Municipal as conquistas alcançadas, estimulou-se a participação popular por meio dos Conselhos Gestores, das Associações de Bairro e do Conselho Municipal de Saúde⁽¹⁰⁾.

O Projeto “Programa de Agentes Comunitários de São Bernardo do Campo” contava com diretrizes próprias. Foi proposto para ser desenvolvido nas regiões mais carentes do Município, tendo em vista que a proporção da população favelada em relação à população total, sofreu um aumento significativo na década de 1990. Esse projeto visou priorizar a extensão de cobertura das ações básicas de saúde nas áreas com menores condições de vida⁽¹⁰⁾.

O Projeto piloto na Vila São Pedro

Em meados de julho de 1997, foram contratados 53 ACS para o projeto piloto. Essa região foi eleita por ser considerada uma área de grande exclusão social, afastada do centro da cidade e habitada por cerca de 30 mil pessoas.

A Vila São Pedro foi fundada em 1987 com a invasão dessa região por 20 pessoas. Na época não havia saneamento básico, a energia elétrica era clandestina, e as ruas eram abertas a facção e enxada.

Naquela época, a região apresentava alto índice de criminalidade, com sua população estimada em duas mil pessoas. Surgiram as primeiras casas de alvenaria e instalação parcial da rede de água, luz e esgoto, trazendo para a região a grilagem, ou seja, a posse ilegal de terra, mediante documentos falsos.

Com a inserção dos ACS na comunidade, aumentou-se a demanda de serviços de saúde, que eram drenados para os bairros vizinhos (Jardim Farina e Baeta Neves). Diante dessa situação, foi viabilizada a construção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro em 1998. Quando a UBS foi inaugurada, trabalhou por um período como Pronto Atendimento, até que no ano de 2000, o Município fez a opção política de inaugurá-la como Unidade de Saúde da Família (USF).

Hoje, nessa Vila, que é um local muito acidentado, praticamente todas as ruas são íngremes e tortuosas, a população está estimada em 50.000 habitantes, sendo constituída em sua maioria de migração nordestina, que é atendida pelas oito equipes de Saúde da Família.

A primeira expansão para o Grande Alvarenga

No início de 1998, o Projeto Agente Comunitário de Saúde se expandiu para a região do Grande Alvarenga, compreendida por vários bairros; entre eles os que tiveram os primeiros ACS, e que fazem referência à UBS Alvarenga, Jardim Ipê, Orquídeas e Vila União; e recebeu 148 agentes de saúde.

Segundo a história local, em meados de 1850, possivelmente quando São Bernardo ainda era a fazenda São Bernardo, dos frades Beneditinos, o bairro dos Alvarengas não passava de um porto de água doce chamado porto dos Alvarengas.

Naquele tempo, durante a colonização de São Bernardo, o transporte fluvial tinha relativa importância, em virtude da não existência de veículos automotores. As mercadorias eram levadas pelos rios até um ponto ao sul da foz do Rio Taquacetuba, onde existia um porto que servia de ancoradouro. Desse porto existia uma estrada de ligação com o atual centro de São Bernardo, denominada pelo povo de Estrada dos Alvarengas, que continua a existir em quase toda sua extensão.

Na década de 1920 começou a construção da Represa Billings, que acabou com vários sítios e parte da estrada.

No começo da década de 1970 dá-se início à abertura da Rodovia dos Imigrantes. As indústrias começaram a se instalar próximo à rodovia. São Bernardo torna-se um pólo de atração de migração da população à

procura de empregos. Os migrantes vindos de todas as regiões do país foram se instalando de forma precária no bairro dos Alvarengas.

Ocorreu com isso a formação de inúmeras favelas cujos barracos foram erguidos junto à Estrada dos Alvarengas, ao lado da represa.

A rodovia dos Imigrantes dividiu o Alvarenga em dois, e até hoje muitas pessoas têm dificuldade de acesso a lugares como, por exemplo, o centro de São Bernardo do Campo, por precisarem cruzar a Rodovia e partes da represa.

Nesses últimos anos, o bairro continuou a crescer rapidamente, pois em 2003, a população estimada era de 64.000 habitantes na região, a ponto de surgirem loteamentos gigantescos com populações em número superior a de centenas de cidades brasileiras e, com perspectiva, em curto prazo, de virem a dobrar ou triplicar sua população. Alguns dos loteamentos são irregulares como, por exemplo, aqueles localizados em áreas de manancial (áreas de nascente de água), que acabam sendo focos de grandes batalhas entre os seus proprietários e a Prefeitura.

Hoje, o Grande Alvarenga conta com cinco equipes de PACS que fazem referência às UBS Jardim Ipê, Vila União, Jardim Represa e Alvarenga (esta última conta com duas equipes de PACS).

Assim, a Vila São Pedro e o Grande Alvarenga foram os pioneiros no Município a receber os ACS, seguidos da região do Montanhão no final de 1998.

1.2 - Implantação do PACS em São Bernardo do Campo: a especificidade do ACS

A implantação do PACS obedeceu a três etapas constitutivas: a implantação, a supervisão e a avaliação.

A etapa de implantação

Ocorreu entre os meses de janeiro e abril de 1997, quando funcionários das UBS e de outros órgãos da Secretaria de Saúde se dispuseram a trabalhar nessa nova proposta. Receberam, então, um treinamento para formação e integração de equipes para trabalhar no PACS.

De março a junho desse mesmo ano, foi elaborado o Projeto para a implantação do PACS. Nesse momento se estabeleceram quais seriam os objetivos e ações dos ACS. Foram levantados dados estatísticos para fornecer subsídios técnicos e operacionais, bem como contato com as lideranças para definição da área geográfica e o número de ACS necessários. Foi feito um cronograma de ação em que foram definidas as fases de desenvolvimento e execução do Projeto, bem como foi instituída uma articulação com a Faculdade de Medicina do ABC, por meio da Disciplina de Saúde Coletiva, para introdução de acadêmicos como suporte para o Projeto. Estabeleceram-se ainda as normas e diretrizes do processo de recrutamento, seleção e capacitação do ACS.

O PACS tinha como instituição parceira a Fundação ABC (FUABC), que estabeleceu a forma de contratação do ACS em regime de CLT, com um salário de R\$ 290,00 (o salário mínimo em julho de 1997 era R\$ 120,00) e cesta básica.

Como requisitos para o trabalho de ACS era necessário ser morador do bairro há pelo menos dois anos, ter acima de 18 anos, saber ler e escrever, permanecer residente na área de atuação, ter disponibilidade de trabalhar em período integral, conhecer a comunidade e apresentar interesse pelos seus problemas.

Como parte do processo seletivo, os candidatos a ACS realizavam uma prova escrita para avaliar a sua escolaridade básica. Os aprovados também passavam por duas entrevistas, uma individual e outra em grupo (feitas por psicólogos da rede de saúde) e por um treinamento preliminar, introdutório, quando então era concluído se ele possuía perfil adequado para o desenvolvimento do trabalho.

Nessa fase foram realizadas dinâmicas de grupo, envolvendo o perfil dos ACS e suas ações, e nas aulas teóricas realizavam-se avaliações escritas para verificar o aprendizado.

Os candidatos selecionados passavam por uma capacitação específica. A fase da capacitação durava em média quatro semanas, as atividades eram diárias e em período integral.

O treinamento era oferecido pela Equipe de Atenção Primária à Saúde (EAPS) da Prefeitura (esta equipe era responsável por visitar comunidades em condições desfavoráveis de vida, promovendo educação em saúde sobre questões como saneamento, higiene, vacinação, destino do lixo, entre outras), profissionais de saúde da FUABC, entre outros parceiros; e era composto por palestras, dinâmicas de grupo e outras atividades relacionadas aos temas de trabalho como saúde da mulher, da criança, de adulto e idoso.

Os ACS eram treinados para transmitir noções de higiene, preparo dos alimentos, cuidados no pós-parto, fazer levantamento cadastral, organização comunitária, SUS, políticas de saúde, saneamento básico e meio ambiente, técnicas de entrevista, sigilo e ética profissional, relações intergrupais, linguagem comunitária e serviços de saúde do Município. Eram preparados também para trabalhar em eventos do Município, como em campanhas e no Programa Juventude Cidadã, atuando como orientadores de saúde. Foram elaborados materiais técnicos para a execução e manutenção do cronograma.

A parceria com os graduandos em medicina na implantação do PACS

A parceria com a Faculdade de Medicina do ABC foi uma iniciativa pioneira que diferenciou o PACS de São Bernardo dos demais PACS existentes na região do Grande ABC. Essa parceria influenciou a faculdade

a um “olhar” para esta nova modalidade, que posteriormente passou a administrar cursos de especialização no Programa de Saúde da Família.

Com a entrada dos ACS na Vila São Pedro, em 1997, a Faculdade de Medicina do ABC selecionou cinco estudantes do quinto ano para acompanhar o trabalho desses ACS. Em 1998, para o bairro do Alvarenga, selecionaram mais 13 estudantes da Faculdade para essa tarefa.

A participação dos estudantes era optativa, com duração de seis meses e foi aprovada como estágio extracurricular pela Congregação da Faculdade. Com isso, o Município trouxe para o PACS acadêmicos de medicina que trabalharam com a capacitação dos ACS.

Como parte de suas atividades no PACS, os estudantes também tiveram que organizar um seminário com fins avaliativos para apresentação da experiência à comunidade acadêmica.

Cada estudante recebia uma ajuda de custo de R\$ 120,00 da Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo e era responsável por um grupo de dez a 13 ACS com quem se reunia semanalmente, em reuniões de duas a quatro horas, nas residências dos agentes, para discutir os problemas de saúde encontrados pelos agentes nas visitas domiciliares às famílias de sua área de atuação.

No contrato, existia uma cláusula estabelecendo que o acadêmico não fazia atendimento médico, mas acompanhava toda a parte preventiva junto com o ACS.

Os estudantes esclareciam dúvidas quanto ao calendário de vacinação; cuidados necessários na hipertensão arterial; situações de gravidez e puerpério; questões ligadas às doenças mentais; prevenção de câncer de colo do útero, próstata e mama; prevenção da hepatite, dengue, aids, métodos contraceptivos, entre outras.

O trabalho

As reuniões com os acadêmicos contavam também com a participação de uma auxiliar de enfermagem da Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo que, além da função de instrutora direta dos ACS, orientava o preenchimento de fichas cadastrais. A supervisão das auxiliares de enfermagem ficava a cargo de uma única enfermeira que existia na equipe, que respondia diretamente à Coordenação do PACS.

A forma como o ACS devia atuar baseava-se no princípio que cada ACS cuidava de 150 a 200 famílias. Esse número poderia variar de acordo com a área de trabalho, devido à dificuldade de acesso. O trabalho era iniciado com o cadastramento da família, quando é feito o levantamento completo sobre quantos são, quem são, faixa etária, como vivem, de onde vem a água que consomem, comportamento sanitário, participação nas atividades comunitárias, modo de vida e relacionamento.

Após o cadastramento, a família recebia a visita do ACS uma vez por mês, começando o trabalho de observação de hábitos de vida e se as

informações estavam sendo acolhidas. Era realizada vistoria nas carteiras de vacina das crianças, nas de consultas de pré-natal e tratamento com medicação.

Outro fator importante foi a relação intersetorial que se estabeleceu, pois outras Secretarias eram acionadas sempre que detectado um problema de sua competência. Os ACS faziam suas solicitações por meio de um impresso próprio, que era encaminhado para os setores competentes de atuação (serviços urbanos, zoonoses, divisão de vigilância epidemiológica e sanitária, dentre outros).

Foram descritos dois importantes fatores para a implantação do PACS no Município, o primeiro foi a necessidade de estabelecer um maior elo entre a comunidade e as unidades de saúde do Município, a fim de distribuir melhor a demanda por cuidados, e conseqüentemente, promover uma melhoria na qualidade de atendimento à população; o segundo, realizar um diagnóstico completo e detalhado sobre as reais condições de vida da população mais carente do Município, mediante levantamento cadastral de cada família.

No início do ano de 2000, os ACS foram inseridos nas UBS de referência de sua região. Até essa data, a relação existente entre o ACS e a equipe da UBS era indireta, e se pretendia que esta relação fosse mais articulada, visando à implantação do PACS nos moldes do Ministério da Saúde, o que iria facilitar muito o trabalho, pois a UBS passou a ter uma informação real da população atendida.

A etapa de supervisão

A etapa de supervisão ocorreu concomitantemente a de implantação por meio de visitas domiciliares periódicas feitas pela coordenação do Programa, por amostragem, visando checar informações e orientações. Tinha-se uma programação de capacitação para ACS e instrutores, que abordavam temas técnicos, comunitários e de relacionamento interpessoal. Os supervisores, acadêmicos e coordenação do PACS se reuniam periodicamente a fim de analisar a implantação e encaminhar solução aos problemas levantados.

A etapa da avaliação

Segundo relatos, essa etapa ocorreu somente uma vez quando o Programa completou um ano, com o objetivo de verificar o cumprimento das etapas do Projeto. Entretanto, as informações e registros se perderam devido a uma enchente que o Município sofreu, os dados registrados em papel foram perdidos e não havia computadores no serviço nesse período.

1.3 - O PACS hoje

Com o sucesso do PACS, este se expandiu para outras regiões da cidade. São Bernardo do Campo ficou sendo o primeiro Município da Grande São Paulo a introduzir o Programa.

Para isso custeou integralmente o PACS por um ano e só depois veio o incentivo do Ministério da Saúde, quando o Município solicitou, por intermédio da Secretaria do Estado de Saúde, a inclusão oficial do PACS nos moldes do Ministério da Saúde, e passou a receber o incentivo federal preconizado na NOB 96, norma que implementa o Piso de Atenção Básica (PAB), estabelecendo um valor *per capita* para ações de Atenção Básica e define o PACS/PSF como estratégias de mudança do modelo assistencial.

No ano de 2000, o Município contratou os primeiros enfermeiros para atuar na supervisão direta dos ACS, substituindo os acadêmicos da FUABC e as auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros foram contratados pela FUABC, em regime de CLT.

Nessa mesma época, o PACS se expandiu para novas regiões da cidade, nos bairros Farina, Jardim Represa, Ferrazópolis, Leblon, Riacho Grande e Batistine.

Em 2004, o PACS tem nova expansão para os bairros Alves Dias, Nazareh e Parque São Bernardo.

Atualmente em São Bernardo do Campo o PACS conta com 15 equipes, distribuídas em 13 bairros da cidade e com 292 ACS, os quais assistem aproximadamente 204.420 habitantes. O mapa a seguir ajuda a visualizar a distribuição das equipes PACS no Município.

Figura 1 – Localização dos bairros atendidos pelo PACS no Município de São Bernardo do Campo

Hoje, cada equipe do PACS no Município é constituída por um enfermeiro e dez a 30 ACS, número que pode variar conforme o tamanho do bairro.

Os ACS, para trabalhar em tal Programa, são contratados em regime de CLT pela FUABC, após passarem por processo seletivo. Antes de atuarem recebem um treinamento que envolve orientações sobre o trabalho do ACS, o serviço de recursos humanos da empresa contratante (ministrada pela equipe do departamento pessoal da FUABC), dinâmicas em grupo que abordam sobre como trabalhar com a comunidade (coordenado por uma equipe de psicólogos) e sobre como preencher as fichas de cadastro (Ficha A) e a ficha que aponta a produtividade do trabalho no mês (Ficha C) que é abordado pela coordenadora técnica do PACS.

Nos dias atuais, para a introdução do ACS no PACS, a seleção obedece aos mesmos requisitos para seleção da época de implantação, alterando apenas o nível mínimo de escolaridade que passa a ser o ensino fundamental completo.

Os aprovados na prova escrita realizam uma entrevista com a equipe de psicólogos e coordenação do PACS e, posteriormente, o treinamento, conforme descrito acima. O único item que difere o treinamento atual do treinamento da época de implantação do Programa é que toda a parte de capacitação passa a ser de responsabilidade do enfermeiro supervisor, e o ACS é treinado diretamente no dia-a-dia, conforme a possibilidade e critério do enfermeiro.

Como enfermeira e supervisora de equipe PACS, desde minha formação, desenvolvo esta pesquisa com a finalidade de contribuir para a implementação do PACS em São Bernardo do Campo, enquanto estratégia para remodelação da Atenção Básica, respeitando os princípios e diretrizes do SUS na perspectiva da Promoção da saúde.

A motivação para a escolha do objeto de estudo é em decorrência da minha trajetória profissional que, como enfermeira, participo desde 2000, dos momentos de expansão, modificação e consolidação do PACS no Município de SBC, onde atualmente trabalho, visando colaborar e construir uma melhor qualidade de assistência à saúde para a comunidade em que atuo.

Este estudo pretende verificar como os ACS, que integram as equipes de PACS em um Município de grande porte, com muitos recursos sociais e de saúde, estão realizando as ações de Promoção da saúde, previstas para serem desenvolvidas pelo PACS de SBC.

A questão norteadora deste estudo é identificar em um Município de grande porte, com recursos sociais e de saúde, em que perspectiva os ACS estão atuando, se numa perspectiva mais de recuperação da saúde e, portanto, reproduzindo o modelo de assistência centrado na visão biologicista do processo saúde-doença, ou se estão atuando numa perspectiva de promoção da saúde, no sentido de agir baseado numa visão de processo saúde-doença ampliada, que toma como centralidade os problemas/necessidades de saúde da comunidade onde trabalha e mora, operacionalizando intervenções que promovam a emancipação e a

autonomia dos indivíduos, em busca de uma melhor qualidade de vida, construída coletivamente buscando verificar qual a contribuição do ACS enquanto trabalho específico e não como um recurso de baixo custo para expansão da cobertura da Atenção Básica.

Objetivos

2 - Objetivos

- Caracterizar o perfil dos ACS de São Bernardo do Campo.
- Identificar as ações realizadas pelos ACS em São Bernardo do Campo.
- Analisar as ações realizadas pelo ACS à luz do paradigma da Promoção da saúde.

Quadro Teórico

3 - Quadro Teórico

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro continua garantindo a reprodução de modelos hegemônicos centrados no modelo médico-assistencial privatista e no modelo assistencial sanitarista, mas nas últimas décadas percebem-se iniciativas de construção de modelos alternativos de assistência, como é o caso da Vigilância da Saúde ⁽¹¹⁾.

A vigilância da saúde constitui-se em um modo tecnológico de intervenção em saúde que tende a incorporar modelos assistenciais vigentes e articular-se com as propostas atuais de promoção da saúde (Paim: 2003,170).

A Promoção da saúde representa hoje uma das possibilidades de intervenção sobre o setor saúde, seja na perspectiva individual ou coletiva ⁽¹¹⁾, e reintroduz o conceito de saúde numa visão ampliada.

O movimento da “nova” Promoção da saúde ⁽¹²⁾ teve seu início no Canadá, em 1974, com a divulgação do Informe Lalonde. A motivação central do documento era o enfrentamento dos custos crescentes da assistência médica e o questionamento dos limites da abordagem exclusivamente médica para doenças crônicas, mas somente na década de 1980, com a crise da Saúde Pública, a Promoção da saúde se tornaria a “espinha dorsal” de uma “nova” Saúde Pública ⁽¹³⁾.

As diversas conceituações que tratam da Promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. O primeiro, refere que ela contribui para os indivíduos desenvolverem habilidades para alcançar seu potencial e responder positivamente aos desafios do meio ambiente. O segundo não nega, mas amplia o primeiro, pois além de desenvolver as habilidades individuais e comunitárias, intervém também no ambiente pelo amplo conjunto de meios políticos, legislativos, fiscais e administrativos, que deveriam ser mais integrados e intersetoriais, focando assim, maior atenção à articulação da saúde com vários outros domínios fora do setor saúde ⁽¹³⁾.

Segundo Buss ⁽¹²⁾, as estratégias de Promoção da saúde se viabilizam por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde, bem como do reforço da capacidade dos indivíduos e comunidades. Ela parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, refletindo uma reação à crescente medicalização da vida social.

Em 1986 a 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve como principal produto a Carta de Ottawa ⁽¹⁴⁾ que 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 no controle deste processo (Ministério da Saúde: 1996,6).

A Carta de Ottawa é documento de referência básica e fundamental das idéias da Promoção da saúde, propondo 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 ⁽¹⁴⁾.

Freitas ⁽¹³⁾ cita que sendo a Carta de Ottawa referência das idéias da Promoção para o mundo, a Declaração de Bogotá é o termo de referência para a América Latina, sendo cinco seus 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.

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 do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de

aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado (Ministério da Saúde: 1996, 15).

Ao incorporar o ACS no processo de trabalho em saúde visualiza-se a possibilidade de que esse profissional consiga realizar ações que visem o fortalecimento da comunidade no enfrentamento de seus problemas de saúde. Pretende-se neste trabalho verificar se o ACS, por meio de suas ações, consegue realizar o reforço das ações comunitárias.

A discussão das potencialidades desse novo profissional (o ACS) na Atenção Básica aponta que o ACS é peça fundamental no envolvimento da população para o enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo para a modificação das condições de vida que prejudicam os potenciais de benefício da saúde.

A dimensão comunitária desse novo trabalhador assume uma importância muito grande e é o aspecto que pode auxiliar na mudança de enfoque para a construção de um novo modelo de Atenção à Saúde⁽¹⁵⁾.

Um dos aspectos de extrema importância para a construção desse novo modelo é o engajamento da população nas decisões sobre a operacionalização das ações de saúde. A participação efetiva baseia-se numa cidadania ativa e numa ruptura com as resistências tecnoburocráticas, e, principalmente, em uma vontade política dos que ocupam cargos públicos de abrir espaços onde se possa questionar a ordem estabelecida e garantir a incorporação de grupos, de interesses e de valores culturais diferentes, potencializando a concretização de

mudanças. Para isso, é necessário desenvolver mecanismos de comunicação que envolva os técnicos e a população organizada, para que as informações se tornem acessíveis e participação social possível (Chiesa: 2000, 4).

A Promoção da saúde ⁽¹⁶⁾ se configura como um instrumento para capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde (Wallerstein e Bernstein apud Chiesa, 1994). Na última década ocorreu uma revolução na área da Promoção da saúde ao introduzir novas idéias e novos conceitos sobre saúde. Ao introduzir os termos de *empowerment*, entendido como ampliação de poder ou fortalecimento, e participação comunitária ⁽¹⁷⁾, supera-se a ênfase dada anteriormente aos estilos de vida e aprofunda-se a compreensão dos determinantes sociais que incidem sobre a saúde ⁽¹⁶⁾.

O conceito de empowerment origina-se na psicologia social, no feminismo, na teologia da libertação e no ativismo social e pode ser considerado como um processo de desenvolvimento pessoal, interpessoal ou de ampliação do poder político (Chiesa: 2000, 5).

Wallerstein ⁽¹⁸⁾ amplia esse conceito ao propor que os indivíduos possam aumentar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando transformar a realidade social e política.

Com isso, há uma profunda distinção da abordagem tradicional centrada na mudança de comportamento individual, já que tais processos destacam a necessidade de contemplar a dimensão singular (relativa às situações

individuais, englobando os aspectos objetivos e as subjetividades), a particular (relativa aos grupos sociais) e a estrutural (relativa à estrutura jurídica, política e ideológica) dos fenômenos em pauta (Chiesa: 2000, 5).

Nessa perspectiva de operacionalização do conceito de *empowerment*, prevenir agravos à saúde deve ser uma meta a ser atingida, juntamente com o desenvolvimento sustentado, a melhoria da qualidade de vida e a justiça social.

Na medida em que a exposição às condições de risco que geram os processos mórbidos, não se dá de forma eqüânime entre os diferentes segmentos populacionais, torna-se fundamental conhecer as necessidades de saúde específicas dos grupos que compõem a população, enfatizando as ações coletivas além das intervenções individuais, e o trabalho intersetorial para atuar sobre as causas que levam aos problemas de saúde e não somente sobre as doenças. Esta concepção tem por base o entendimento de que os perfis epidemiológicos se diferenciam em função das condições de vida da população, assumindo também importância, a falta de controle que os indivíduos têm sobre suas vidas (Chiesa: 2000, 5).

Um estudo ⁽¹⁹⁾ realizado em 1985 em Urraco (Honduras), examinou o *empowerment* das mulheres em um Programa de Capacitação de Promotores de Saúde. Embora o programa não tenha iniciado com o objetivo de empoderar as mulheres, gradativamente os coordenadores passaram a perceber esta potencialidade. O estudo mostrou que não há

uma estratégia clara para facilitar o processo de *empowerment*, e os progressos foram limitados destacando a importância da autoconfiança e auto-estima das participantes, mas não se expandindo para o campo dos direitos econômicos e políticos.

Rowlands ⁽¹⁹⁾, em sua análise sobre esse programa, classificou o processo de *empowerment* ocorrido em três níveis:

- Pessoal: que desenvolve um sentido de auto-estima e capacidade.
- Relacional: que desenvolve a habilidade para negociar e influenciar na natureza das relações e decisões tomadas em relação a estas.
- Coletivo: há indivíduos que trabalham para gerar um impacto maior, como a formação de uma cooperativa ou o envolvimento com as estruturas políticas.

Foi verificado que os melhores resultados do Programa de saúde quanto ao *empowerment* aconteceram em nível pessoal. Houve um avanço limitado quanto ao *empowerment* coletivo e das relações, com exceção da equipe coordenadora.

No entanto, Oakley e Clayton ⁽²⁰⁾ nos alertam para o fato de que qualquer tentativa de avaliar se alguma intervenção permitiu a população "empoderar-se" deve reconhecer que o termo é complexo, não é facilmente definido e que, portanto, está sujeito a uma série de interpretações, e por essa razão ele é mais facilmente exposto do que posto em prática.

Ante tais questões, podemos dizer que os ACS também podem contribuir para desencadear um processo de envolvimento das lideranças locais na discussão sobre os problemas de saúde e seus determinantes sociais, visto que fazem parte da comunidade onde atuam⁽¹⁶⁾. Para isso

o que se coloca é explorar mais o pólo de agente comunitário e menos o de agente de saúde, dado que nesta última perspectiva este pode construir sua identidade como um “pseudo-profissional de saúde”, voltando-se também para desenvolver ações centradas na doença, distanciando a equipe e a população da busca de enfrentar as condições geradoras dos problemas de saúde identificados na região (Chiesa: 2000,7).

Diante do exposto, verificamos que promoção da saúde é um campo conceitual, metodológico e instrumental em construção, e traz o desafio de definir estratégias com base nas práticas diárias, tornando-se relevante sua articulação com o trabalho do ACS.

Metodologia

4 - Metodologia

Em um estudo, a metodologia é o caminho e o instrumento próprio para a abordagem da realidade, inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador⁽²¹⁾.

Para atingir os objetivos descritos anteriormente, foi desenvolvida uma pesquisa exploratória que buscou “iluminar” alguns aspectos relativos ao trabalho dos ACS e para isso optou-se por uma descrição do tipo quanti-qualitativa do mesmo.

A questão que estava colocada quando, da apreensão do objeto desta pesquisa, era a necessidade de se conhecer como o trabalho do ACS se organiza em um Município de grande porte, com muitos recursos sociais e de saúde. Com isso, existe a possibilidade de verificar qual a contribuição do ACS enquanto trabalho específico e não como um recurso de baixo custo para expansão da cobertura da Atenção Básica. Por traz dessa questão havia a hipótese de que esse trabalho deveria estar vinculado mais a aspectos de Promoção da saúde, na perspectiva do fortalecimento e da autonomização das comunidades.

O instrumento de pesquisa escolhido para essa aproximação com a realidade do trabalho do ACS foi um questionário e um formulário que buscaram capturar o objeto do estudo em sua dinamicidade, considerando os dados que compõem a quantidade e a qualidade da prática.

O foco principal do estudo é uma descrição qualitativa das ações, no entanto, o impacto junto à coletividade é dado pelo volume, por isso a quantificação também se fez necessária. Como o Município pesquisado não dispunha de um banco de dados sobre o ACS, o estudo inclui duas etapas: a caracterização do perfil do ACS e a caracterização de sua prática.

A seguir, explicitar-se-á o contexto e os procedimentos seguidos por esta pesquisa.

Cenário do Estudo

Esta pesquisa foi realizada no Município de São Bernardo do Campo, localizado na sub-região sudeste da região metropolitana de São Paulo. São Bernardo do Campo possui 407,1 km² de área, correspondendo a 49% da superfície do Grande ABC (o Grande ABC abrange sete municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra), 05% da Grande São Paulo e 0,2% do Estado de São Paulo. 52% da área total de São Bernardo do Campo encontra-se na área de Proteção aos Mananciais.

Figura 2 – Mapa da localização de SBC na região da Grande São Paulo

São Bernardo do Campo possui uma zona urbana com 118,74 km² que corresponde a 29,2% do seu território, uma zona rural 212,54 km² que corresponde a 52,2% do seu território. Possui ainda em seus limites a Represa Billings com 75,82 km² ocupando 18,6% do Município. A distância rodoviária para São Paulo é de 21,7 km e para o Porto de Santos é de 50,0 km.

Em relação às características demográficas de São Bernardo do Campo far-se-á, aqui uma comparação com base no Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) do Estado de São Paulo, cujos indicadores sintetizam a situação de cada município no que diz respeito à riqueza, escolaridade e longevidade, e, quando combinados, geram uma tipologia que classifica os 645 municípios do Estado de São Paulo em cinco grupos, cada um com características específicas de riqueza municipal, longevidade e escolaridade. Essa tipologia permite a identificação da situação de cada um dos municípios paulistas nas três dimensões consideradas⁽²²⁾.

Os indicadores utilizados para a construção do IPRS podem ser visualizados no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Componentes dos Indicadores Sintéticos Setoriais e seus respectivos pesos

Indicador	Componentes	Pesos
Riqueza	Consumo residencial de energia elétrica por ligação	44%
	Consumo de energia elétrica na agricultura, no comércio e nos serviços por ligação	23%
	Remuneração média dos empregados com carteira assinada e do setor público	19%
	Valor adicionado fiscal <i>per capita</i>	14%
Longevidade	Taxa de Mortalidade perinatal	30%
	Taxa de Mortalidade infantil	30%
	Taxa de Mortalidade de adultos de 15 a 39 anos	20%
	Taxa de Mortalidade de adultos de 60 anos e mais	20%
Escolaridade	Porcentagem de jovens de 15 a 17 anos que concluíram o ensino fundamental	36%
	Porcentagem de jovens de 15 a 17 anos com pelo menos quatro anos de escolaridade	8%
	Porcentagem de jovens de 18 a 19 anos que concluíram o ensino médio	36%
	Porcentagem de crianças de 5 a 6 anos que freqüentam a pré-escola	20%

Fonte: SEAD, 2005.

São Bernardo do Campo teve no ano de 2000, segundo escala de zero a cem, 68 no índice de riqueza, 67 em longevidade e 92 no quesito escolaridade, apresentando significativo aumento sobre o ano de 1992 e

ficando acima da Grande São Paulo e do Estado de São Paulo ⁽²²⁾. O **Quadro 2** apresenta os critérios de formação dos grupos do IPRS.

Quadro 2 - Critérios de formação dos grupos do IPRS

Grupos do IPRS	Critérios de Formação dos Grupos do IPRS
Grupo 1	Alta riqueza, média longevidade e média escolaridade
	Alta riqueza, média longevidade e alta escolaridade
	Alta riqueza, alta longevidade e média escolaridade
	Alta riqueza, alta longevidade e alta escolaridade
Grupo 2	Alta riqueza, baixa longevidade e baixa escolaridade
	Alta riqueza, baixa longevidade e média escolaridade
	Alta riqueza, baixa longevidade e alta escolaridade
	Alta riqueza, média longevidade e baixa escolaridade
	Alta riqueza, alta longevidade e baixa escolaridade
Grupo 3	Baixa riqueza, média longevidade e média escolaridade
	Baixa riqueza, média longevidade e alta escolaridade
	Baixa riqueza, alta longevidade e média escolaridade
	Baixa riqueza, alta longevidade e alta escolaridade
Grupo 4	Baixa riqueza, baixa longevidade e média escolaridade
	Baixa riqueza, baixa longevidade e alta escolaridade
	Baixa riqueza, média longevidade e baixa escolaridade
	Baixa riqueza, alta longevidade e baixa escolaridade
Grupo 5	Baixa riqueza, baixa longevidade e baixa escolaridade

Fonte: SEAD, 2005.

O Fórum Legislativo de Desenvolvimento Econômico Sustentado, órgão da Assembléia Legislativa, de caráter permanente, criado em 2003, realizou sua 14.^a reunião em São Bernardo do Campo e avaliou o comportamento dos municípios do Grande ABC, segundo o levantamento do Índice Paulista de Responsabilidade Social 1997-2000 ⁽²³⁾, e apresentou as seguintes conclusões quanto à situação de São Bernardo do Campo:

- Permaneceu no grupo 1, "mesmo passando por importante processo de reestruturação das bases da sua economia" (SEAD).
- Bons índices de escolaridade; estagnação em longevidade.
- Riqueza: da 7.^a para a 12.^a colocação. Forte crescimento nas atividades dos setores primário e terciário da economia. Mas, redução intensa do rendimento médio do emprego formal (de R\$ 1.560 para R\$ 1.069) e no valor adicionado fiscal *per capita* (de R\$ 14.219 para R\$ 9.640).
- Longevidade: de 355.^a para 320.^a. Melhorias em todos os componentes deste indicador. No entanto, mantendo-os apenas muito próximos das médias do Estado, não conseguiu grande avanço no *ranking*.
- Escolaridade: de 69.^a para a 82.^a posição. Apesar dos progressos em todas as variáveis (notadamente na conclusão do ensino fundamental e do médio), São Bernardo caiu no *ranking* devido aos avanços mais acelerados do total do Estado.

Em relação à população residente no Município, segundo dados de 2000, a população residente em São Bernardo do Campo é predominantemente composta por pessoas nascidas no próprio Município (67,25%) seguidas pela região Nordeste (20,60%), Sudeste (7,33%), Sul (3,06%). As nascidas nas regiões Norte e Centro-Oeste não chegam a somar 1% da população e 1,08% é o número de pessoas nascidas em outro país ⁽²⁴⁾.

Segundo estimativa do IBGE ⁽²⁴⁾, no ano de 2004, a população de São Bernardo do Campo era de 758.430 habitantes, enquanto a do Grande ABC era de 2.478.802 habitantes e da Grande São Paulo de 18.865.441 habitantes. Tal fato indica a grande contribuição de São Bernardo do Campo em termos populacionais.

No ano de 2000, a população de SBC alfabetizada acima de dez anos, ficou em 95,4%, acima do Estado de São Paulo (93,9%), Grande São Paulo (94,8%) e Grande ABC (95,1%). A escolaridade da população com dez anos ou mais de idade, no ano de 2003, era de 43% com o ensino fundamental incompleto, 20,2% com fundamental, 24,1% com ensino médio, 7,7% com ensino superior e 4,7% sem grau de ensino.

O Município de São Bernardo do Campo é líder em duas áreas de produção: o maior produtor de móveis do Brasil e a capital nacional da indústria automobilística.

A participação nas exportações brasileiras de manufaturados é considerável. Sua atividade comercial e industrial se destaca, sobretudo na metalurgia (produção de automóveis, autopeças, caminhões e ônibus), movelaria, produtos químicos e têxteis. Atualmente, o comércio, representado por grandes cadeias de lojas de departamentos e magazine, vem sendo uma das principais fontes de receita do Município.

Observa-se no **Gráfico 1** que tanto o setor industriário, como o de comércio, tem tido um declínio nos últimos anos, o que não acontece no setor de serviços que passou a ser um importante item da atividade econômica no Município.

Gráfico 1 - Distribuição percentual das atividades econômicas no município de SBC, segundo a evolução nas décadas. São Bernardo do Campo, 2005

Fonte: São Bernardo do Campo, 2005.

Segundo dados do IBGE/SEAD, o Município tem 98% de rede de abastecimento de água, 91,3% de esgoto sanitário e 100% de coleta de lixo.

Quadro 3 - Comparativo das Estatísticas Vitais, segundo regiões

Regiões	Natalidade (por 1000 hab.)		Natimortalidade (por 1000 n.v.)		Mortalidade Geral (por 1000 hab.)		Mortalidade Infantil (por 1000 n.v.)	
	1996	2002	1996	2002	1996	2002	1996	2002
Estado de São Paulo	20,04	16,57	10,66	9,72	6,81	6,21	22,74	15,04
Município SP	21,65	17,57	7,59	9,31	7,33	6,38	21,62	15,10
SBC	20,36	15,82	12,92	9,04	5,55	4,64	21,33	14,08

Fonte: São Bernardo do Campo, 2005.

Observa-se que São Bernardo do Campo acompanha o Estado de São Paulo e o Município de São Paulo na importante queda nos índices de natalidade, natimortalidade, mortalidade geral e mortalidade infantil, e destaca-se apresentando índices ainda mais baixos em relação às demais regiões comparadas.

No tocante à organização da assistência à saúde, São Bernardo do Campo tem em sua rede de saúde dois hospitais, cinco pronto-socorros gerais (sendo um central e quatro periféricos), um pronto-socorro infantil, um pronto-socorro odontológico e um pronto-socorro oftalmológico. Quanto as UBS possui 30, sendo que destas, quatro ficam abertas 24 horas, três são USF e 13 possuem equipes de PACS. Isso indica que para cada 25.281 habitantes existe uma UBS.

Especificamente sobre as equipes de PACS e PSF no Município, São Bernardo conta com 15 equipes de PACS distribuídas em 13 bairros da

cidade, com uma cobertura de 33% da população total. As equipes de PSF estão em três unidades de saúde perfazendo um total de 16 equipes de PSF que atendem aproximadamente 8% da população total.

Embora o mapa a seguir, com a distribuição das equipes PACS/PSF em SBC, mostre uma área aparentemente igual ou maior para o PSF, tal fato se explica devido à área de cobertura do PSF incluir uma área rural da cidade, que torna sua abrangência em km² maior.

Figura 3 - Distribuição das Equipes de PACS/PSF no município de São Bernardo do Campo

Existem também duas Clínicas de especialidades médicas, um ambulatório de especialidades odontológicas, dois ambulatórios de saúde mental, um ambulatório de atendimento a gestantes de risco, um CAISM (hospital dia) e cinco serviços de raios-X.

Também estão presente os serviços de veterinária e controle de zoonoses, centro de referência de saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, laboratório de patologias clínicas, serviço de verificação de óbitos e banco de leite humano.

Quanto aos serviços particulares, São Bernardo do Campo conta com nove pronto-socorros gerais, sete hospitais de atendimento geral e quatro de atendimento especializado.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei 3.688 de 15 de maio de 1991 e alterado pela lei municipal n.º 4.293 de 02 de dezembro de 1994. A composição é tripartite. O Fundo Municipal de Saúde foi instituído pela Lei municipal n.º 3.778 de 24 de setembro de 1991.

Sujeitos da pesquisa

Foram sujeitos da pesquisa todos os ACS que trabalham nas 15 equipes do PACS de SBC. O critério para seleção dos sujeitos consistiu na aceitação voluntária em participar da pesquisa. Dos 292 ACS que integram o PACS de SBC, 241 responderam à pesquisa, conforme nos mostra o

Quadro 4:

Quadro 4 - Identificação do total de ACS nas equipes de PACS por área e a distribuição, segundo a forma de participação na pesquisa

Área/ Equipe	Total ACS na equipe	ACS que Participaram	Faltaram na reunião da pesquisa	ACS afastados	ACS de Férias
Parque São Bernardo	26	26	-	-	-
Leblon	15	13	01	01	-
Farina	17	13	02	02	-
Alves Dias/ Nazareth	15	13	01	01	-
Riacho	13	10	-	03	-
Baraldi	03	03	-		-
Silvina (equipe E)	19	15	02	02	-
Silvina (equipe R)	26	20	03	02	01
Ipê	28	16	03	05	04
Batistine	19	17	01	01	-
União	30	25	-	05	-
Alvarenga (equipe L)	20	15	-	03	02
Alvarenga (equipe A)	28	24	03	01	-
Ferrazópolis	9	09	-		-
Represa	24	22	-	02	-
Total	292	241	16	28	07

Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados

A coleta de dados deste estudo foi realizada pela aplicação de um questionário para a caracterização dos ACS (Anexo A) e um formulário (Anexo B) que buscou identificar as ações que este profissional realiza, bem como a frequência com a qual executa tais ações.

O instrumento de coleta de dados foi construído tomando-se por base o instrumento utilizado na pesquisa CIPESC ⁽²⁵⁾ e as competências/habilidades do ACS, também descritas no instrumento de coleta, seguiram as proposições do documento, formuladas pelo Ministério da Saúde ⁽⁸⁾.

Alguns itens descritos, como habilidades necessárias ao ACS, segundo o Ministério da Saúde, foram decodificados pela pesquisadora a fim de facilitar a leitura pelos ACS e buscar respostas mais objetivas.

Realizou-se um pré-teste do instrumento após aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa.

Para se proceder à coleta de dados, foi realizada uma apresentação do projeto de pesquisa junto à Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo representada pela Coordenadora técnica do PACS em São Bernardo do Campo. Em seguida agendou-se uma reunião com cada equipe do PACS e seu respectivo enfermeiro responsável.

Na data agendada, realizou-se uma reunião com os ACS para uma breve apresentação do projeto de pesquisa; foi aberto um espaço para esclarecimento de dúvidas e questionamentos sobre o estudo, bem como sobre a participação individual voluntária dos ACS na mesma.

Aos ACS que aceitaram participar da pesquisa, e, portanto permaneceram na sala de reuniões, a pesquisadora entregou-lhes o questionário e formulário, que foram preenchidos no local e logo a seguir

entregues à pesquisadora ao seu término. Após essa etapa, os dados foram organizados com o auxílio do programa computacional SPSS.

Procedimentos ético-legais

O presente trabalho passou por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, pois a Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo não conta com um comitê de ética em pesquisa.

Após aprovação iniciou-se a coleta de dados em campo onde, por meio do termo de consentimento, os ACS receberam todas as orientações e tiraram suas dúvidas. O Termo de consentimento livre e esclarecido foi feito em duas vias e teve linguagem acessível, abordando justificativa, objetivos e procedimentos, riscos possíveis e benefícios esperados, garantia de esclarecimentos antes e durante a pesquisa, forma de acompanhamento e assistência, liberdade para recusar participação ou retirar consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ou constrangimento, garantia de sigilo que assegurava a privacidade dos sujeitos, confidencialidade dos dados, nome do pesquisador responsável e contato (Anexo C).

Sistematização e análise dos dados

Foram respondentes da pesquisa 241 ACS que trabalham no PACS de São Bernardo do Campo, no ano de 2005, cobrindo na época de realização da pesquisa a totalidade dos ACS que estavam atuando no Programa. Os dados foram coletados no período de abril e maio de 2005, nas unidades de referência dos ACS. A duração média para o preenchimento do questionário e formulário foi de 40 minutos. A cada questionário e formulário respondidos e entregue à pesquisadora, esta verificava se todos os campos haviam sido preenchidos.

O questionário solicitou ao ACS as seguintes informações: sexo, idade, raça/cor, região e local de nascimento, estado civil, escolaridade, se fez algum curso profissionalizante e qual foi, número de filhos, renda familiar e quantas pessoas vivem com essa renda, tipo de moradia, tempo de residência no bairro, se trabalha no bairro que reside, qual a ocupação anterior à de ACS e se era registrado, se atualmente faz algum tipo de atividade remunerada além do trabalho como ACS, o que motivou a ser ACS e se gosta de ser ACS, o tempo de trabalho no PACS e se participa de alguma atividade comunitária além a de ACS.

O formulário foi construído com base nas cinco competências descritas pelo Ministério da Saúde, como as habilidades e conhecimentos necessários para atuação dos ACS, quais sejam: Integração da equipe com a população local, Planejamento e avaliação, Promoção da saúde,

Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário e a Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades.

O conteúdo dos instrumentos de coleta foi organizado em um banco de dados no programa computacional SPSS e analisado nesse mesmo programa. A análise baseou-se na frequência simples das ocorrências, organizadas por meio da frequência com a qual estas ocorreram. O banco de dados possibilita outras formas de análise, como cruzamento entre informações e posterior validação estatística dos mesmos, mas estes não foram utilizados no presente estudo, mas serão utilizados como continuidade desta pesquisa.

Como a centralidade do trabalho era identificar as ações do ACS vinculadas principalmente à Promoção da saúde, optou-se por analisar as competências propostas pelo Ministério da Saúde, Promoção da saúde (Categoria C) e Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário (Categoria D), na perspectiva do empoderamento, ou seja, o quanto essas competências propostas para o ACS contribuem para que indivíduos e famílias aumentem o controle sobre suas vidas.

Resultados e Discussão

5 - Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados em tabelas, quadros e gráficos, seguidos de textos descritivos e associados às análises realizadas. Iniciar-se-á pela caracterização dos ACS, que será seguida pela apresentação das ações que estes realizam, ao executar seu trabalho, e a frequência das mesmas e, por fim, as ações de Promoção à saúde realizadas e sua potencialidade para o *empowerment* das comunidades.

5.1. Caracterização dos ACS de São Bernardo do Campo

O perfil do profissional ACS no município de São Bernardo do Campo pode ser visualizado nas Tabelas e Quadro a seguir, que mostram a sua caracterização demográfica e social e sua distribuição em números absolutos e percentuais.

Tabela 1 - Distribuição dos ACS, segundo variáveis sociodemográficas. São Bernardo do Campo, 2005

Variável	N	%
<u>Sexo</u>		
Feminino	220	91,3
Masculino	21	08,7
<u>Raça/Cor</u>		
Branca	111	46,1
Preta	24	10,0
Parda	104	43,2
Amarela	1	00,4
Indígena	1	00,4
<u>Região de nascimento</u>		
Sul	11	4,6
Sudeste	160	66,4
Centro-Oeste	03	1,2
Norte	01	0,4
Nordeste	65	27,0
Estrangeiro	01	0,4
<u>Local de nascimento</u>		
Zona Rural	58	24,1
Zona Urbana	182	75,5
Não respondeu	01	0,4
<u>Estado civil</u>		
Solteiro	67	27,8
Unido	149	61,8
Separado	19	7,9
Viúvo	06	2,5
<u>Escolaridade</u>		
Ensino fundamental incompleto	06	2,5
Ensino fundamental completo	30	12,4
Ensino médio incompleto	23	9,6
Ensino médio completo	171	71
Superior incompleto	02	0,8
Superior completo	08	3,3
Não respondeu	01	0,4
<u>Moradia</u>		
Própria	149	61,8
Alugada	32	13,3
Cedida	47	19,5
Outros	13	5,4

A **Tabela 1** mostra que a maioria dos ACS do PACS de São Bernardo do Campo é do sexo feminino (91,3%) e a raça/cor predominante é branca (46,1%), seguida da parda (43,2%).

A região de nascimento dos ACS é principalmente a Sudeste (66,4%) e Nordeste (27%), sendo que 24,1% provêm de áreas rurais do Brasil.

O estado civil unido refere-se a qualquer tipo de união registrada em cartório ou não, que indique convívio matrimonial, este é o quesito de destaque no grupo com 61,8%. Em relação à escolaridade, 71% dos ACS possuem ensino médio completo, e quanto à moradia, 61,8% dos ACS moram em casa própria.

Tabela 2 - Distribuição do ACS, segundo sua inserção no trabalho. São Bernardo do Campo, 2005

Variável	N	%
<u>Curso profissionalizante</u>		
Sim	152	63,1
Não	89	36,9
<u>Registro em carteira antes de ser ACS (trabalho formal)</u>		
Sim	179	74,3
Não	62	25,7
<u>Atividade extra ao trabalho de ACS e remunerada</u>		
Sim	27	11,2
Não	213	88,4

A **Tabela 2** indica que 63,1% dos ACS fizeram algum tipo de curso profissionalizante, destacando-se o de Auxiliar de Enfermagem, uma vez que todos tiveram a oportunidade de frequentar este curso com o apoio da Prefeitura do Município por intermédio do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), no ano de 2004.

O Ministério da Saúde tem inserido todos os ACS em cursos de Auxiliar de Enfermagem, oferecendo-lhes uma profissionalização técnica. Entretanto, o ACS qualificado como Auxiliar de Enfermagem deveria buscar uma colocação no mercado de trabalho como tal, porque o trabalho do ACS não deve ser confundido com um trabalho da área da enfermagem. Tal fato deve ser “olhado” com muita atenção pelos supervisores dos ACS, pois, a identidade deste profissional (ACS), ou seja, ser elemento fundamental para transformação das práticas de saúde, ainda está em construção.

Antes de trabalhar como ACS, 74,3% trabalharam com carteira assinada, e a ocupação anterior que mais se destaca é a de doméstica (remunerada ou na própria residência). Atualmente 27% dos ACS realizam algum tipo de atividade extra que aumenta sua renda.

A análise da caracterização dos ACS mostra que, predominantemente, a motivação para ser ACS foi a oportunidade de emprego que o trabalho oferecia (38,6%), seguido do desejo de trabalhar com pessoas (20,3%), melhorar a saúde da comunidade (13,3%) e gostar da área de saúde (10,4%).

Outra questão importante observada é que 95,4% dos ACS referem que gostam de trabalhar como ACS.

Além do trabalho de ACS, a maioria dos ACS participa na comunidade de grupos religiosos (42,7%), e 15,4% não têm qualquer participação e envolvimento em atividades comunitárias. Outras participações que podem ser destacadas são a Associação de bairro (10,4%) e as Associações de pais (7,1%).

Quanto à caracterização dos ACS, segundo renda familiar, número de pessoas que vivem com a renda referida, tempo de residência no bairro e tempo de trabalho no PACS, o **Quadro 5** mostra a média encontrada.

Quadro 5 - Caracterização do ACS segundo idade, número de filhos, renda familiar, número de pessoas que vivem com a renda referida, tempo de residência no bairro e tempo de trabalho no PACS. São Bernardo do Campo, 2005

Variável	Média	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
Idade	33,5	32	20	62
Número de filhos	1,6	02	0	07
Renda familiar (em salários mínimos)	3,2	2,6	1,1	15
Pessoas que vivem com a renda referida	3,6	3,5	1	10
Tempo de residência no bairro (em anos)	15,6	14	0	44
Tempo de trabalho no PACS (em meses)	47,7	60	04	90

A análise geral dos dados, apresentados nas Tabelas e Quadro acima, nos mostra que, no contexto geral, o universo de ACS do Município é predominantemente constituído por mulheres, na média de 33 anos de idade, unidas, com 1 filho, cuja escolaridade é o ensino médio completo e o curso profissionalizante mais citado é o de Auxiliar de Enfermagem.

Esta análise nos leva a identificar uma população jovem, economicamente ativa, que embora não principiantes no mercado de trabalho, buscam alternativas em relação à profissionalização, pois muitos realizaram o curso de Auxiliar de Enfermagem, após terem ingressado no trabalho de ACS. Ainda que eles não estejam exercendo tal profissão, isso não anula seus conhecimentos, promovendo uma qualidade técnica e baseada na clínica, levando-os a uma visão biologicista do processo saúde-doença, que deve ser acompanhada com atenção pelos supervisores.

Quanto à “tendência” pelo gênero (feminino), esta parece seguir desde os primórdios do Programa ao ser implantado no Estado do Ceará em 1987. Nessa época 95% das contratações foram de mulheres, pois havia a idéia de empregar, nas áreas mais carentes do Estado, um número maior possível de mulheres, a fim de melhorar suas condições sociais e estimular um posicionamento mais ativo de outras na sociedade⁽²⁾.

De fato não se pode negar que essas trabalhadoras (sendo mulheres, mães, filhas, avós, vizinhas e comadres), ao melhorarem suas condições de vida, promovam um avanço na comunidade onde vivem, ainda que a participação dos homens, embora menos expressiva (em números), traga

novas questões e olhares, contribuindo também para as famílias acompanhadas pelo PACS.

Em uma análise realizada com um grupo de 172 mil ACS, observou-se que estes profissionais são constituídos em sua maioria de jovens (67% têm até 34 anos), sendo 140 mil mulheres (81,4%) e 32 mil homens (18,6%) com níveis de escolaridade diferenciados⁽²⁶⁾.

Outro dado revelado na análise é o da escolaridade do ACS, que em sua maioria tem o ensino médio completo. Tal escolaridade está acima do exigido pelo Ministério da Saúde e pelo Município (ensino fundamental). Possivelmente isso se deve ao fato de SBC apresentar um alto índice de escolaridade, conforme citado no cenário do estudo, reforçado pela exigência do Município na sua última contratação, em 2004, em solicitar o ensino fundamental completo para ingresso no Programa, o que não excluiu a maioria de sua população a candidatar-se como ACS.

Em SBC, 66,4% dos ACS nasceram na região Sudeste, o que reforça os dados apontados nos índices que referem 67,25% dos munícipes nascidos no Município.

Como se pode constatar, os ACS são moradores por um período médio de 15 anos no bairro, indicando que mesmo com um bom tempo de residência, o que lhe poderia conferir mais interação com as necessidades do bairro, a grande parte da participação comunitária, além a do trabalho de ACS, se restringe aos grupos religiosos.

Grande parte dos ACS possuiu um trabalho formal antes de ingressar no Programa. Hoje se observa que muitos têm grande contribuição no orçamento familiar, apresentando uma renda média de 3 salários mínimos e embora gostem de ser ACS, a motivação inicial para o emprego foi a visualização de uma oportunidade de trabalho.

O perfil dos ACS de São Bernardo do Campo é muito semelhante à descrição realizada por Silva e Dalmaso em 2002, referente aos ACS do Programa de Saúde da Família do município de São Paulo.

5.2 - As competências e ações desenvolvidas pelos ACS do PACS em São Bernardo do Campo

Nesta parte do trabalho as referências são as ações constantes do formulário (Anexo B), organizadas por competências e respectivas habilidades.

O instrumento de coleta de dados baseou-se nas competências/habilidades esperadas do ACS, segundo o proposto pelo Ministério da Saúde ⁽⁸⁾. As habilidades foram decodificadas em ações pela pesquisadora a fim de facilitar a leitura pelos ACS e buscar respostas mais objetivas, haja vista que há interfaces entre as ações descritas como

integrantes de uma competência que poderiam causar certa dificuldade nas respostas. Cada ação foi baseada no item citado no documento ⁽⁸⁾, não tendo a pesquisadora interferência na distribuição das ações por categoria.

Os Gráficos a seguir mostram a distribuição da frequência das ações realizadas, por categoria, com base nas cinco competências:

- Integração da equipe com a população local (Categoria A).
- Planejamento e avaliação (Categoria B).
- Promoção da saúde (Categoria C).
- Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário (Categoria D).
- Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (Categoria E).

A competência, INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL (Categoria A), é composta de 10 ações como mostra o Anexo B, a qual está relacionada principalmente com as ações relativas ao comportamento da equipe, a integração entre os “componentes” e com a comunidade, bem como o desenvolvimento de ações relacionadas ao preenchimento de instrumentos de trabalho (Fichas A, B e C) e orientações dadas.

O **Gráfico 2** demonstra que do total das possíveis respostas para cada pergunta da categoria A feita aos 241 ACS (2.410 respostas), a distribuição deu-se da seguinte forma:

Gráfico 2 – Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL. São Bernardo do Campo, 2005

Observa-se no **Gráfico 2** que 43,5% dos ACS executam ações relativas à competência INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL diariamente; 27% realizam as ações semanalmente, 18,9% mensalmente.

Tais dados demonstram que a maioria dos ACS promove ações relacionadas à competência proposta pelo Ministério da Saúde, indicando portanto, que esta competência foi compreendida, e que o ACS se sente elo entre o serviço e a comunidade. Ainda temos 9% que raramente realizam e 0,9% que nunca realizam a competência INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL e 15 ACS (0,6%) não responderam com que frequência realizam ações desse tipo.

Dentre as ações que compõem a competência INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL, identificou-se quais delas são realizadas com maior frequência e quais com menos frequência, o que pode ser visualizado no **Gráfico 3**.

Gráfico 3 - Frequência das ações realizadas raramente e frequentemente pelos ACS, na competência INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL (Categoria A). São Bernardo do Campo, 2005

A1	Participa das reuniões em equipe
A2	Expõe suas opiniões nas reuniões em equipe
A3	Empenha-se para executar as ações propostas pela equipe
A4	Orienta a comunidade sobre o funcionamento da UBS, atividades e campanhas
A5	Orienta a comunidade quanto às ações desenvolvidas nos diversos serviços de saúde
A6	Traz as necessidades da comunidade, que julga pertinente, para serem discutidas junto à equipe de saúde
A7	Faz das visitas domiciliares a base para o desenvolvimento das suas ações como ACS
A8	Preenche a Ficha A (cadastramento) para todas as famílias visitadas
A9	Preenche a Ficha B (acompanhamento) para todos os indivíduos dos "grupos de risco"
A10	Preenche a Ficha C

No **Gráfico 3** destaca-se que diariamente 82,6% dos ACS fazem das visitas domiciliares a base para o desenvolvimento de suas ações, 74,3% orientam a comunidade sobre o funcionamento da UBS, atividades e campanhas, e 66,4% orientam a comunidade quanto às ações desenvolvidas nos diversos serviços de saúde.

Dentre as ações desempenhadas, 38,6% dos ACS responderam que raramente expõem suas opiniões para a equipe.

A visita domiciliar se encontra fora do espaço institucional de uma unidade de saúde e exige do profissional uma dinâmica diferente de trabalho, pois, o domínio do território passa a ser da família e não do profissional de saúde. Ao ser analisada, verificou-se que, embora a maioria dos ACS utilize a visita domiciliar como base para suas ações e conheçam e desenvolvam ações de orientações sobre os serviços de saúde, é expressivo o número de ACS os quais não expõem suas opiniões nas reuniões de equipe, mas que se empenham para executar as ações propostas pela equipe diariamente (46,5%). O fato pode indicar que esses ACS desenvolvem suas ações apenas reproduzindo o que é solicitado pelo serviço. Não explicitam junto à equipe a sua percepção e o modo de vida da comunidade, afastando-se, portanto, do ser comunitário.

Ao observar o **Gráfico 3**, 8% referem participar das reuniões em equipe raramente e 0,8% todos os dias, isso se deve ao fato de que as

reuniões com a equipe ocorrem geralmente semanalmente ou quinzenalmente.

Seguindo a análise, 11,6% dos ACS referem que levam as necessidades da comunidade, que julgam pertinentes, para serem discutidas junto à equipe de saúde diariamente, e 9,5% raramente, o que pode indicar que a inserção dos ACS nas suas respectivas equipes se dá de forma bem diferenciada, podendo algumas equipes ser mais abertas às demandas que o ACS traz fazendo-o sentir-se mais à vontade para discuti-las em reuniões, ou ao contrário, inibir de alguma forma a sua ação.

No geral, a maioria dos ACS preenche suas fichas de trabalho diariamente.

Todas as informações convergem para o fato de que o ACS é e sente-se o elo entre o serviço e a comunidade, mas ainda não consegue perceber e traduzir todas as necessidades da sua comunidade por estar ainda muito atrelado a forte hegemonia biologicista do serviço de saúde ou se sentir subalternizado dentro da equipe de saúde.

A competência PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO (Categoria B) é composta de 13 ações (Anexo B), e está relacionada principalmente com as ações relativas ao estímulo da participação popular, identificação de situações de risco, análise crítica sobre os levantamentos realizados junto à população local e à equipe, estabelecimento de ações e posterior avaliação e por fim a reprogramação dessas ações.

O **Gráfico 4** nos mostra a frequência com que as ações dessa competência são realizadas no cotidiano do ACS, demonstrando que do total das possíveis respostas para cada pergunta da Categoria B, feita aos 241 ACS (3.133 respostas), a distribuição deu-se da seguinte forma:

Gráfico 4 – Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO. São Bernardo do Campo, 2005

Nota-se no **Gráfico 4** que 24,1% dos ACS responderam que fazem atividades relacionadas ao planejamento e avaliação diariamente; 18,5% realizam as tais ações semanalmente; 24,3% mensalmente; 27,3% raramente; 5,5% nunca realizam atividades relacionadas ao planejamento e avaliação, e 10 ACS (0,3%) não responderam com que frequência realizam essas atividades.

Observa-se que, diferentemente da competência anterior, esta competência não tem um “padrão” de realização comum entre os ACS, pois se encontrou distribuição muito semelhante percentualmente falando em todas as frequências, indicando um não planejamento uniforme para tais questões.

Examinando mais de perto a competência de PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO, apresenta-se o **Gráfico 5** com as ações realizadas diariamente e raramente.

Gráfico 5 - Frequência das ações realizadas raramente e freqüentemente pelos ACS, na competência PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO (Categoria B). São Bernardo do Campo, 2005

B1	Estimula a população a participar de conselhos locais de saúde e/ou conferências municipais de saúde
B2	Incentiva a população a participar de atividades de sua própria comunidade
B3	Informa ao Programa (PACS) sobre os recursos do território de sua microárea de atuação (creches, escolas, associações)
B4	Ao identificar riscos sociais (tráfico de drogas, violência doméstica, entre outros) em sua microárea de atuação faz a análise da situação
B5	Ao identificar riscos ambientais (esgoto, grandes avenidas e outros) em sua microárea de atuação faz a análise da situação
B6	Examina criticamente os dados obtidos pelo cadastramento
B7	Realiza ações com base no levantamento sobre a saúde da população
B8	Informa à comunidade os resultados obtidos no levantamento sobre a saúde da população
B9	Estabelece ações para resolução dos problemas de saúde de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde
B10	Estabelece ações para resolução dos problemas de saúde de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela população local
B11	Elabora junto à sua equipe o plano de ação para atuar na comunidade
B12	Avalia os planos de ação desenvolvidos junto à equipe de saúde
B13	Reprograma os planos de ação junto à equipe de saúde

Analisando o Gráfico pode-se dizer que diariamente 46,5% dos ACS incentivam a população a participar de atividades na própria comunidade, 36,5% identificam e analisam os riscos ambientais em sua microárea de atuação e 32,4% informam à comunidade os resultados obtidos no levantamento sobre a saúde da população.

Raramente foi a resposta de 45,2% dos ACS sobre se é informado ao PACS sobre os recursos do território de sua microárea, bem como raramente 42,7% estabelecem ações para resolução dos problemas de saúde de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela população local e 34% identificam e analisam os riscos sociais em sua microárea de atuação.

Resultados próximos foram encontrados quando perguntado se estimulavam a população a participar de Conselhos Locais de Saúde e/ou Conferências Municipais de Saúde, 38,6% responderam que raramente e 33,6% referem fazer isso como uma prática cotidiana.

Os dados acima indicam que as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para competência e habilidade do ACS quanto ao PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO, no geral são raramente executadas por uma parte da equipe e diariamente realizadas por outra parte. Acredita-se que em São Bernardo do Campo os ACS têm linhas de ações diferenciadas entre as equipes, visto que é bem próximo o número de ACS que estimulam diariamente sua comunidade a participar dos Conselhos Locais ou

Conferências de Saúde e aqueles que raramente o fazem, ainda que no geral a maioria incentiva à participação popular na sua própria comunidade.

Na prática percebe-se que muitos ACS evitam contato com grupos que tenham algum tipo de envolvimento político (como Conselhos e Conferências) e, portanto, sentem-se mais respaldados ao orientar a população sobre as ações realizadas no próprio bairro.

Grande parte dos ACS não informa ao Programa sobre os recursos de sua microárea, possivelmente, porque não há um impresso próprio para o registro ou esta solicitação é feita apenas em casos de necessidade, revelando uma prática distante da intersetorialidade. No entanto, não podemos deixar de considerar a dificuldade do ACS em expor suas opiniões na equipe, conforme analisado na categoria anterior, que pode contribuir como mais um entrave nesta situação.

Os ACS referem na maioria que não fazem a análise dos riscos sociais, mas o fazem quando o risco é ambiental. Isso pode estar relacionado com o fato do ACS ser morador de sua área de trabalho, e questões como tráfico de drogas e violência podem inibir suas ações devido ao despreparo e medo para enfrentar a situação. O ACS não se sente preparado para tais questões, porque, no geral, recebe treinamentos voltados para o enfrentamento de problemas de outra natureza, como ações contra dengue, doenças epidêmicas, prevenção de doenças, entre outros.

Nota-se que a qualificação para o trabalho do ACS ainda é feita de forma desestruturada, fragmentada, e na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel ⁽²⁷⁾.

Os ACS procuram identificar e realizar as ações com base no levantamento sobre a saúde da população e informam a comunidade sobre levantamentos da saúde local. Muitos não estabelecem ações para resolução dos problemas de saúde com base nos critérios estabelecidos pela equipe e menos ainda baseados em critérios da população local. Isso tudo confirma outra questão levantada em que a maioria refere que não elabora com a equipe um plano de ação para atuar na comunidade, assim, como consequência, raramente se faz a avaliação e reprogramação das ações.

Há a possibilidade da equipe estar desconsiderando as questões que o ACS traz para priorizar as suas por não reconhecer a importância da presença do ACS nos serviços da Atenção Primária, secundarizando-o e silenciando-o, tornando-o um agente operacional.

O ACS não pode ser definido num perfil profissional conforme ocorre com outros profissionais de saúde, pois, o que ele faz depende dos problemas vividos e referidos pelas famílias e não de programas ditados pelo Estado ⁽²⁸⁾.

Na Categoria C, a competência PROMOÇÃO DA SAÚDE é composta por 16 ações (Anexo B) que estão relacionadas principalmente com a identificação das condições de vida e problemas de saúde, exemplos de promoção à saúde, realização de atividades educativas individualmente ou em equipe, orientações preventivas, adequação da informação à realidade encontrada, estímulo à reflexão comunitária, parceria com outros serviços municipais ou da própria comunidade, apoio a ações sociais de alfabetização e participação em Conselhos Locais de Saúde.

O **Gráfico 6** mostra a distribuição das ações dessa competência e demonstra que do total das possíveis respostas para cada pergunta da Categoria C, feita aos 241 ACS (3.856 respostas), a distribuição deu-se da seguinte forma:

Gráfico 6 – Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência PROMOÇÃO DA SAÚDE. São Bernardo do Campo, 2005

Observa-se no **Gráfico acima** que 35,1% dos ACS fazem atividades relacionadas à Promoção da saúde diariamente; 9,6% realizam as ações semanalmente; 18,6% mensalmente; 24,8% raramente; 11,8% nunca realizam atividades relacionadas à Promoção da saúde e 04 ACS (0,1%) não responderam a uma das atividades citadas.

Por meio dos dados apresentados acima, constata-se que o que é preconizado pelo Ministério da Saúde como competência e habilidade para a PROMOÇÃO DA SAÚDE, no geral, é desenvolvido pela maioria dos ACS diariamente, mesmo existindo um número considerável de ACS que referem realizar as ações apenas raramente, ou seja, as ações desta competência se polarizam entre diariamente e raramente, indicando diferentes condutas nas diferentes equipes.

Dentre as ações que compõem a Categoria C, as realizadas com maior frequência e com menor frequência podem ser visualizadas no **Gráfico 7**.

Gráfico 7 - Frequência das ações realizadas raramente e freqüentemente pelos ACS, na competência PROMOÇÃO DA SAÚDE (Categoria C). São Bernardo do Campo, 2005

C1	Identifica a relação entre problemas de saúde e condições de vida
C2	Identifica exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade
C3	Realiza atividades educativas para a comunidade (palestras, campanhas, mutirões, dentre outras) juntamente com o enfermeiro
C4	Realiza atividades educativas com outros ACS
C5	Realiza atividades educativas para a comunidade sozinho
C6	Utiliza recursos de informação e comunicação (faixas, panfletos, dentre outros) adequados à realidade local
C7	Estimula os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença
C8	Orienta indivíduos quanto ao autocuidado
C9	Orienta a população quanto a medidas de proteção à saúde (alimentação, higiene pessoal, limpeza, acondicionamento e destino do lixo, cuidados com a água e dejetos, outras)
C10	Orienta indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos
C11	Propõe ações que utilizem as diversas Secretarias existentes no Município
C12	Executa ações que atuam em parceria com outras Secretarias existentes no município
C13	Estabelece parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e outros
C14	Orienta a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social
C15	Apóia ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos
C16	Participa de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais

O **Gráfico 7** mostra que todos os dias 79,3% dos ACS orientam os indivíduos quanto ao autocuidado e quanto a medidas de proteção à saúde e 71,4% estimulam os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença.

Raramente para 56,8% dos ACS são executadas ações em parceria com outras Secretarias existentes no Município e 46,9% deles praticamente não fazem nenhuma proposta de ação para tal parceria. Quanto a parcerias com creches, escolas, asilos, comerciantes, grupos sociais e outras, 49% quase não estabelecem este vínculo.

É interessante observar que 25,3% referem utilizar recursos de informação e comunicação adequados à realidade local diariamente e 28,6% referem que raramente fazem isso. Todos os dias 32% orientam a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social e raramente 26,1% realizam esta ação.

O ACS em São Bernardo do Campo, na sua maioria, identifica a relação entre os problemas sociais e as condições de vida (58,1%), assim. ações que estimulam os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença, bem como as orientações para autocuidado identificam o ACS com sua comunidade.

Pode-se observar que a relação dos ACS com a comunidade é mais estreita, pois ao orientar os indivíduos e a comunidade, isso lhe parece ser realmente de sua competência, ao passo que ao necessitar de contatos com

outros serviços, para estabelecer parcerias, isso não é facilmente posto em prática por ele. O serviço tende a centralizar as ações no enfermeiro e pode inibir outras ações espontâneas de parceria entre o ACS, a comunidade e outros serviços, tanto que as atividades educativas não são realizadas com frequência por todos os ACS, o que pode ser reflexo desta centralização.

Quanto à exigência de constituição dos Conselhos Municipais de Saúde *em âmbito do Sistema Único de Saúde tem demonstrado ser um importante instrumento de empoderamento da comunidade através da temática da organização dos serviços de saúde* ⁽²⁹⁾. No entanto, como foi visto na categoria anterior, na competência PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO, assim como estão muito próximos o número de ACS que estimulam e aqueles que não estimulam sua comunidade a participar de Conselhos Locais de Saúde, verificou-se aqui que os próprios ACS raramente participam dos Conselhos Locais de Saúde, possivelmente por não serem incentivados para isso e não terem claro sua contribuição para a intersetorialidade do serviço, revelando que a atuação comunitária do ACS deveria ser mais garantida para que ele pudesse atuar mais amplamente nas questões determinadas socialmente, ou seja, resgatar a dimensão mais comunitária do ACS.

Os ACS parecem ter acessos diferentes a materiais educativos, pois muitos referem que utilizam recursos materiais adequados para a informação todos os dias e um número bem próximo refere que raramente utiliza este tipo de material, isso pode se dar pelo fato de algumas equipes

terem o que é chamado extra-oficialmente de “tema do mês” que nada mais é do que um resumo do tipo de informação que deverá ser veiculada para a comunidade.

Diante do exposto, no geral, pode-se analisar que as ações que buscam uma aproximação intersetorial no campo da Promoção da saúde não são contempladas pela maioria dos ACS.

Na competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO (Categoria D), têm-se cinco ações, como mostra o Anexo B, em que se observa principalmente ações vinculadas à identificação e orientação sobre as condições ambientais e sanitárias que promovam risco para a saúde da comunidade, como pode ser observado no **Gráfico 8**.

Este Gráfico demonstra que do total das possíveis respostas para cada pergunta da Categoria D, feita aos 241 ACS (1.205 respostas), a distribuição deu-se da seguinte forma:

Gráfico 8 - Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO. São Bernardo do Campo, 2005

No Gráfico verifica-se que 43,4% dos ACS fazem atividades diariamente relacionadas à prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário, 15,1% realizam as ações semanalmente; 21,4% mensalmente; 17,6% raramente; 2,2% nunca realizam atividades relacionadas à prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário e 3 ACS (0,3%) não responderam a uma das atividades citadas.

Analisando o Gráfico, ele nos mostra que esta competência é bastante freqüente na prática do ACS.

Uma análise mais específica das ações que compõem essa competência pode ser visualizada no **Gráfico 9** que nos mostra dentre as ações que compõem a competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO

DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO, quais delas são realizadas com maior frequência e quais com menos frequência.

Gráfico 9 - Frequência das ações realizadas raramente e frequentemente pelos ACS, na competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO (Categoria D). São Bernardo do Campo, 2005

D1	Identifica as condições ambientais e sanitárias que provoquem riscos para a saúde da comunidade
D2	Informa à equipe de saúde sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação
D3	Informa à população sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação
D4	Orienta indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde
D5	Orienta moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente hospitalar

O **Gráfico 9** mostra que 64,7% dos ACS identificam as condições ambientais e sanitárias que provocam riscos para a saúde da comunidade diariamente e 52,7% informam à população sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação.

Raramente 41,9% orientam a comunidade quanto aos cuidados relacionados ao ambiente hospitalar, porque sua atuação se dá mais no nível primário de Atenção à Saúde.

Baseando-se nos dados apresentados acima, o que está preconizado pelo Ministério da Saúde como competência e habilidade para a PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO, constata-se que no geral essas ações são realizadas diariamente, pois em SBC, os ACS têm maior facilidade em identificar e orientar a comunidade, quanto às questões sanitárias e relativas ao meio ambiente, porque são ações que o ACS tem maior autonomia para sua atuação e se baseia muito nas orientações para atuar junto à 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 envolvem o meio ambiente.

A PREVENÇÃO E MONITORAMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS E MORBIDADES, competência classificada na Categoria E, é composta de 23 ações (Anexo B), e está relacionada principalmente com as ações de identificação e orientação para grupos que demandam cuidados especiais de saúde e o encaminhamento destes casos para o serviço de saúde como mostra o **Gráfico 10**, a seguir.

Este Gráfico demonstra que do total das possíveis respostas para cada pergunta da Categoria E, feita ao ACS (5.543 respostas), a distribuição deu-se da seguinte forma:

Gráfico 10 – Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS E MORBIDADES. São Bernardo do Campo, 2005

No Gráfico acima se verifica que 37,7% dos ACS fazem as atividades relacionadas à prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbididades diariamente; 13,9% realizam as ações semanalmente; 28,6% mensalmente; 11,6% raramente; 7,9% nunca realizam atividades relacionadas à prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbididades e 15 ACS (0,3%) não responderam a uma das atividades citadas.

O **Gráfico 10** apresenta uma certa homogeneidade da organização do trabalho, pois ainda que alguns realizem as ações todos os dias e outros todos os meses, indicam que as ações são realizadas freqüentemente pelos ACS.

Dentre as ações que compõem a competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS E MORBIDADES, foram identificadas quais delas são realizadas com maior frequência e quais com menor frequência, o que pode ser visualizado no **Gráfico 11**.

E1	Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde
E2	Orienta a comunidade sobre os sinais que indicam problemas de saúde
E3	Comunica à equipe sobre os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais ("grupos de risco", portadores de necessidades especiais e outros)
E4	Ao identificar um problema de saúde nos indivíduos ou grupos, encaminha à UBS para atendimento.
E5	Agenda ou remarca consultas para a comunidade
E6	Leva medicação (conforme prescrição médica ou de enfermagem) para alguém da população
E7	Sensibiliza os familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais
E8	Estimula indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar
E9	Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos à gestação
E10	Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos à gestação
E11	Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos ao parto
E12	Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos ao parto
E13	Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos ao puerpério
E14	Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos ao puerpério
E15	Orienta gestantes, puérperas e grupo familiar quanto ao aleitamento materno
E16	Orienta gestantes, puérperas e grupo familiar quanto aos cuidados com o recém-nascido
E17	Solicita o passaporte materno-infantil nas visitas domiciliares
E18	Orienta indivíduos quanto à saúde sexual e reprodutiva
E19	Acompanha o crescimento infantil
E20	Acompanha o desenvolvimento infantil
E21	Solicita o cartão de vacina das crianças nas visitas domiciliares
E22	Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças não transmissíveis
E23	Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis

Gráfico 11 - Frequência das ações realizadas raramente e frequentemente pelos ACS, na competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS E MORBIDADES (Categoria E). São Bernardo do Campo, 2005

Uma análise mais específica do **Gráfico 11** destaca que diariamente 64,3% dos ACS orientam a comunidade sobre os sinais que indicam problemas de saúde e 62,7%, ao identificar um problema de saúde nos indivíduos ou nos grupos, encaminham essa população à UBS para atendimento.

Os ACS responderam que 34% raramente estimulam indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar; 24,9% afirmaram que raramente levam medicação para alguém da população, e 24,5% agendam ou remarcam consultas para a comunidade raramente.

Na questão de orientação aos familiares da gestante sobre os cuidados relativos ao puerpério, verifica-se que enquanto 26,6% fazem diariamente, 25,7% referem fazer raramente, 28,6% dos ACS orientam os familiares da gestante sobre os cuidados relativos ao parto diariamente, e 25,7% raramente.

Baseando-se nessas informações, observa-se certa facilidade do ACS em desempenhar a competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS E MORBIDADES. A maioria, ao identificar algum problema de saúde, encaminha para a UBS de referência, o que indica que esta ação é clara para os ACS.

Entretanto, o ACS não tem a mesma facilidade em estimular a comunidade a participar de programas locais sociais que atuem na área de

violência intrafamiliar, pois, as ações que envolvem riscos sociais, como foi abordado na discussão da competência PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO (Categoria B), mostram que o ACS sente medo e despreparo para lidar com estas ações.

Quando algum outro problema é identificado, geralmente relacionado a questões de doença, o ACS encaminha para a UBS, mas limita-se a isso, visto que a maioria não leva medicação ou agenda consulta para sua comunidade, pois está estabelecido no Programa que o ACS não deve ter esta função.

Quanto às orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde para os chamados grupos específicos, as ações no geral se destacam na área materno-infantil.

O passaporte materno-infantil é um documento criado pela prefeitura de SBC em parceria com a empresa Basf para detectar e prevenir possíveis deficiências. Ele está disponível para todas as gestantes do Município. Nesse documento podem ser anotados todos os dados da gestante relativos ao pré-natal e também da criança (incluindo cartão de vacina), por isso o ACS o solicita à gestante por reconhecer a sua importância.

No entanto, destacamos que, segundo os dados apresentados, assim como muitos ACS têm facilidade para orientar os familiares das gestantes e puérperas, quase o mesmo número refere que raramente realiza esta ação, indicando que possivelmente muitos ACS não visualizam a importância do

envolvimento familiar para essas questões e limitam-se a orientar o grupo envolvido específico.

5.3 O *empowerment* nas ações de Promoção à saúde do ACS: possibilidades e limites

Retomando um dos objetivos da pesquisa, a de analisar as ações realizadas pelo ACS à luz do paradigma da promoção da saúde, lembramos que esta contribui para os indivíduos aumentarem seu controle sobre os determinantes de saúde.

Sendo o ACS um profissional que pertence à comunidade, ele se torna peça fundamental para ajudar esta a enfrentar seus problemas de saúde, bem como contribuir para a modificação das condições de vida que prejudiquem os indivíduos e comunidade, portanto, ele assume um reforço importante para a construção do novo modelo, que reintroduz numa visão ampliada o conceito de saúde.

Na discussão sobre *empowerment* das populações a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ⁽²⁹⁾ cita que

a promoção da saúde visa trabalhar através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria

das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades - a posse e o controle aos seus próprios esforços e destino. Uma comunidade que trabalha para atingir objetivos comuns adquire força e consciência de sua capacidade e poder coletivos para enfrentar e resolver problemas que atingem a todos (s.d.).

Nesse sentido, resolveu-se analisar as competências propostas pelo Ministério da Saúde, Promoção da saúde (Categoria C) e Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário (Categoria D), na perspectiva do *empowerment*, ou seja, do quanto essas competências propostas para o ACS podem estar contribuindo para que indivíduos e famílias aumentem o controle sobre suas vidas.

Retomando o quadro teórico, Rowlands ⁽¹⁹⁾ explorou o processo de *empowerment* nos níveis pessoal (que desenvolve um sentido de auto-estima e capacidade), relacional (que desenvolve a habilidade para negociar e influenciar na natureza das relações e decisões tomadas em relação a estas) e coletivo (indivíduos que trabalham para gerar um impacto maior como a formação de uma cooperativa ou o envolvimento com as estruturas políticas).

Nesse mesmo conceito, Wallerstein ⁽³⁰⁾ analisa que para o *empowerment* é preciso reduzir condições de risco, tanto sociais como os físicos, por meio do senso de comunidade, do aumento na participação nas

tomadas de decisão e ações comunitárias, bem como o aumento da empatia.

Ciclicamente, se alcançada esta etapa, teremos o *empowerment* psicológico (em que as pessoas têm “auto-eficiência” para agir, estão politizadas, motivadas e confiam nas ações do grupo), por meio da conscientização e pensamento crítico e o *empowerment* comunitário (que tem como fator o aumento da ação local, o fortalecimento da rede social, a competência comunitária, as condições de transformação, a melhora nas políticas de saúde e os recursos para o acesso e equidade).

Nota-se que o ponto de partida para qualquer análise sobre *empowerment* tem que ser o reconhecimento de que esse termo tem uma ampla gama de interpretações e significados associados⁽²⁰⁾.

Baseando-se nesses conceitos, na análise feita nas Categorias C e D identificaram-se ações que promovem o *empowerment*, sendo que este ocorre no nível individual e no nível coletivo.

O *empowerment* que ocorre no nível individual dá-se por meio do trabalho do ACS, mas não se pode garantir que a comunidade aumente sua tomada de decisão, participe nos processos e melhore suas ações coletivas, justamente por estar associado a um processo que ocorre no nível pessoal, seja do ACS ou dos próprios indivíduos.

Assim pode-se dizer que as ações em que o ACS identifica a relação entre os problemas de saúde e as condições de vida, identifica exemplos

positivos que promovem a saúde na comunidade, identifica as condições ambientais e sanitárias, que provoquem riscos para a saúde da comunidade, propõe e executa ações que utilizem e atuem com as diversas Secretarias do Município, orienta os indivíduos quanto ao autocuidado, orienta os indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos, orienta a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social, informa a equipe de saúde sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea, orienta indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde e orienta moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente hospitalar, são ações de *empowerment* no nível individual.

Examinando as 11 ações relacionadas acima, destaca-se 3 que o ACS de SBC raramente realiza, são elas: propor ações que utilizem as diversas Secretarias existentes no Município, executar ações que atuam com outras Secretarias existentes no Município e orientar moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente hospitalar.

As demais, que o ACS refere realizar com maior frequência estão relacionadas com identificação de situações e orientações aos indivíduos que se baseiam em ações para o fortalecimento pessoal.

Existem também as ações que levam ao *empowerment* comunitário e neste caso, a contribuição do ACS passa a ser direta para que os sujeitos

aumentem o controle sobre os determinantes de saúde e fortaleçam a rede social a fim de melhorem suas condições de saúde.

Tais ações incluem a realização de atividades educativas para a comunidade, seja junto com enfermeiro, com um outro ACS ou sozinho, utilização de recursos de informação e comunicação adequados à realidade local, estimulação aos indivíduos e comunidade para refletirem sobre as suas condições de saúde e doença, orientação à população sobre medidas de proteção à saúde (alimentação, saneamento e outras), estabelecimento de parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e outras, apoio às ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos, participação em reuniões de Conselhos Locais de Saúde ou outros Conselhos Locais e informação à população sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação.

Quando a Carta de Ottawa define o reforço da ação comunitária como estratégia para promover saúde, entende-se que o ACS possa ser também um profissional que colabore com sua comunidade para o fortalecimento e enfrentamento de seus problemas de saúde. Entretanto, verifica-se na análise, que das 10 ações que promovem o *empowerment* comunitário, o ACS de SBC raramente realiza atividades educativas na comunidade (seja com o enfermeiro, com outro ACS ou sozinho), faz parcerias com outros setores ou participa de Conselhos Locais de Saúde, isto mostra que metade das ações que o ACS poderia desenvolver para fortalecer a participação

comunitária, não são realizadas, e eventos que têm uma importância coletiva são deixados de lado.

As ações realizadas com maior frequência são aquelas relacionadas com orientação, informação e apoio a ações sociais.

Deve-se lembrar que estando o conceito de *empowerment* aberto a tantas interpretações, ele oferece desafios específicos para a avaliação do seu impacto.

Sacardo ⁽³¹⁾ entende que, embora conceitualmente as ações de Promoção da saúde (incluindo o conceito *empowerment*) e a Prevenção de Enfermidades apresentem diferenças ou especificidades pelas diferenças no foco de intervenções, na prática cotidiana da Saúde Pública, tais ações ocorrem simultaneamente ou complementarmente, dirigidas à população ou a indivíduos.

No entanto, acredita-se que com objetivos comuns uma comunidade consegue mostrar substancial impacto para o enfrentamento das questões que lhe aflija, e assim poder trabalhar na construção de um novo modelo que de fato complemente as ações de saúde.

A OPAS ⁽²⁹⁾ esclarece que

o desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso a informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

Os aspectos relativos à questão da gestão participativa são fundamentais para ampliar o processo democrático em âmbito da saúde. Democracia é saúde. Neste sentido, um exemplo tem sido o processo de reforma sanitária brasileiro que tem contemplado a participação social como um fator marcante.

Estratégias de "empoderamento" da comunidade supõem entre outras iniciativas, a educação para a cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico, o planejamento e a execução de projetos e ou iniciativas sociais.

Assim, diante dos resultados obtidos, pode-se dizer que havendo pequenas ações que foram observadas na dimensão particular (relativa aos grupos sociais) há de se fazer esta mudança no campo estrutural para se atingir com o desenvolvimento sustentado, a melhor qualidade de vida e a justiça social a fim de ampliar as possibilidades e limites da Promoção da saúde.

Considerações Finais

6 - Considerações finais

Ao longo deste trabalho procurou-se mostrar a caracterização do ACS de SBC, identificando as ações que ele realiza e a frequência com que são realizadas, com base nas cinco competências (Integração da equipe com a população local, Planejamento e avaliação, Promoção da saúde, Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário e a Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbididades) descritas pelo Ministério da Saúde ⁽⁸⁾ como esperadas para a atuação do ACS. Essas ações foram analisadas à luz do paradigma da Promoção da saúde, tomando-se como categoria de análise principal o *empowerment*.

Conforme exposto no decorrer da pesquisa, o resultado da análise da caracterização do ACS, no município de São Bernardo do Campo, foi evidenciado que a maioria é constituída de mulheres, com idade média de 33 anos, com união conjugal, de raça branca e parda, nascidas na região Sudeste, zona urbana, com ensino médio completo e curso profissionalizante, com participação em um trabalho formal antes de ser ACS e que vivem com média de 3 salários mínimos. Moradoras em média de 15 anos no bairro em que trabalham e 4 anos como ACS. A forma de participação comunitária que mais se destacou foi a relacionada a grupos religiosos.

Os resultados desta análise apontam para o fato de mulheres, com um bom grau de escolaridade, visualizarem uma oportunidade de emprego e emancipação com o trabalho de ACS.

O emprego torna-se uma ascensão diante da sua realidade anterior. Os estudos de gênero, que buscam enfatizar o caráter social e relacional das diferenças entre homens e mulheres, mostram que a inserção da mulher no mercado de trabalho, fortemente incentivada pela crise econômica, tem trazido novas configurações para a população mundial.

Na proposta inicial do PACS no Brasil, esperava-se empregar mulheres de baixa renda para melhorar suas condições sociais, contudo SBC apresenta um perfil diferente dessa época, pois as mulheres estão acima da média escolar esperada tanto para o Programa quanto para a média do Município.

Tal fato pode indicar que mulheres qualificadas deixaram a ocupação anterior, que na maioria relacionava-se ao trabalho doméstico, para buscar uma “ascensão” junto à comunidade, tanto por diferenciar o seu conhecimento do conhecimento popular que possuía antes do ingresso na profissão, quanto por transitarem pelos pólos institucional e comunitário.

Este contato de “profissional e morador” no bairro traz o reconhecimento em relação ao seu papel social na comunidade, diferenciando-a da mesma.

Olhando para a formação técnica adquirida, após o ingresso no trabalho de ACS, os formados no curso de Auxiliar de Enfermagem são os que devem ter mais atenção por parte dos supervisores, pois se não dosarem o saber popular com o técnico, poderão deixar a relação comunitária comprometida e conseqüentemente poder modificar o perfil “comunitário”.

Sobre a tendência para a participação em grupos religiosos, deve-se analisar cuidadosamente, pois, embora estejam sempre associados a um caráter social, alguns grupos têm um cunho exclusivamente de benevolência que não contribuem para um perfil mais emancipador.

Quanto às ações realizadas pelo ACS, identificou-se no geral, ao analisar as cinco competências, que a realização das ações não apresenta um padrão de distribuição homogênea, ou seja, não foi observada uma lógica de execução de ações que fossem comum a todos os ACS, o que indica a necessidade de uma maior direção e consenso dos enfermeiros supervisores dos ACS no PACS de SBC sobre as ações que estes devem realizar, assim como se observaram poucas ações realizadas pelos ACS quanto ao *empowerment* comunitário.

Tal fato aponta para a formulação de políticas de educação permanente que possam capacitar enfermeiros e ACS para práticas mais sincronizadas no PACS. Para uma efetiva implantação do SUS e de suas novas modalidades assistenciais, não basta ampliar a cobertura da Atenção Básica, e sim mudar o modelo e reverter à lógica centrada na especialidade.

Assim, pode-se evitar que o PACS corra o risco de cair nas velhas armadilhas do passado e aprofundar a dicotomia prevenção e cura.

Além da participação comunitária efetiva e o rompimento das resistências tecnoburocráticas, faz-se necessário a vontade política das autoridades públicas em garantir espaços que incorporem grupos de discussão com interesses e culturas diferentes, de modo a ter mudanças concretas ⁽¹⁵⁾.

Na tentativa de organizar o trabalho realizado pelo ACS, que deve contribuir para uma mudança efetiva do modelo, Chiesa e Fracolli ⁽¹⁵⁾ identificam três dimensões que o compõem:

- A dimensão técnica: que atende a indivíduos e famílias por meio de ações de prevenção e monitoramento de grupos específicos, doenças prevalentes e de risco, por intermédio da visita domiciliar e informação em saúde, com base no saber epidemiológico e clínico.
- A dimensão política: em que o ACS é um elemento de reorientação do modelo de Atenção à Saúde, de discussão dos problemas e organização da comunidade, auxiliando para fortalecimento da cidadania, através das visitas domiciliares e educação em saúde, com base nos saberes da Saúde Coletiva.

Trata-se de uma Saúde Coletiva que, ao contrário do que muitos imaginam (como sendo um neologismo da Saúde Pública), é resultado do

movimento sanitaria latino-americano e da reforma sanitária brasileira, implicando em diferenças importantes nos conceitos e condutas ⁽³²⁾.

A Saúde Pública em sua vertente tem como objeto a doença e lida com ela de forma multifatorial, controlando-a por meio de campanhas, baseando-se na epidemiologia clássica e no positivismo. A Saúde Coletiva tem como objeto os perfis epidemiológicos dos grupos sociais homogêneos, utilizando-se da teoria da determinação social da doença para a transformação e aperfeiçoamento das classes, baseando-se na epidemiologia crítica e no materialismo histórico dialético.

- A dimensão da assistência social: na tentativa de resolver questões como o acesso aos serviços.

Parece que o ACS, na tentativa de congrega essas três dimensões, trabalha sob tensão e conflito e tende na prática a pender para um destes pólos ⁽¹⁵⁾, daí a necessidade da educação permanente a fim de minimizar tais conflitos, aumentando tanto a qualidade do serviço, quanto a qualidade (de vida) dos ACS.

Citando cada competência analisada, tem-se na INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL o reconhecimento histórico do ACS como elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Não se diferenciando deste perfil, o ACS de SBC também se identifica com esta atribuição, tendo ações semelhantes nas diversas equipes de PACS do Município.

Num primeiro momento, apesar do ACS atuar em ações preventivas, buscando sempre ser o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, no seu processo de trabalho, o ACS deixa de atuar apenas no âmbito mais restrito ao serviço de saúde e passa a incorporar ações intersetoriais, dada sua inserção na comunidade, de estar atento a suas necessidades e buscar ações de intervenção ⁽³³⁾.

Sentir-se elo pode estar associado ao fato de compartilharem um mesmo contexto social, cultural e lingüístico, com sua comunidade, mas também por transitarem pelo pólo institucional. No entanto, deve-se verificar a necessidade de definir um referencial para o trabalho do ACS, que ainda está atrelado a um modelo dominante que não visualiza totalmente as necessidades de saúde da comunidade.

Outro ponto que necessita ser discutido é a dificuldade do ACS em fazer suas colocações nas reuniões de equipe. Assim, este elo que o ACS pode estar se referindo, não é o elo que complementa e articula as ações em saúde, mas sim o que reproduz um modelo hierarquizado.

Este estudo permite mostrar que o referencial da Promoção da saúde pode ser um campo conceitual importante para viabilizar a mudança do modelo de assistência à saúde, pois dá subsídios teóricos para o direcionamento do trabalho do ACS para que seja desenvolvido numa visão ampliada do que é saúde, considerando além do ser individual, a coletividade. Permite organizar também uma prática do ACS que se

caracteriza como um trabalho específico (e necessário) e não como um recurso de baixo custo para expansão de cobertura dos serviços de saúde.

Também se identificou na pesquisa, que o trabalho do ACS tem necessidades de respostas para atuação que o serviço de saúde tradicional não tem. Não são realizados PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO de modo a responder às necessidades da comunidade principalmente no que diz respeito às questões sociais, considerando que a não atuação do ACS nessa questão está ligada também ao despreparo do enfermeiro supervisor e do serviço de saúde em geral, que não discute de forma clara o planejamento e avaliação das ações do serviço, o que acaba por levar a um movimento bi-direcional dos ACS. Assim, a maior parte do trabalho do ACS fica centrado nas questões de doenças (e ele se sente mais seguro para desenvolver estas ações) e o enfermeiro parece não discernir estas diferenças e acaba por reforçar o pólo biologicista do ACS.

Talvez esteja aí a grande “confusão” em direcionar as ações que o ACS deve seguir, pois, devido à formação clínica dos enfermeiros que atuam na equipe com o ACS, que percebem a saúde como um problema individual, isso os leva a atuar na visão biomédica em que não se considera o ambiente. Essa “visão” é reproduzida para o ACS que segue carregando o conflito de atender a demanda do serviço e as exigências/expectativas da comunidade.

Diante do exposto faz-se necessário rever a formação e capacitação dos enfermeiros supervisores que foram formados com base no modelo

tradicional de assistência à saúde, para que tenham esta “escuta” e este “olhar” às questões coletivas que emergem do trabalho do ACS.

No âmbito da PROMOÇÃO DA SAÚDE, coloca-se a heterogeneidade entre as ações de Promoção à saúde e a importância de uma proposta intersetorial para que se possa de fato atuar no pólo mais comunitário.

Caso ocorra o contrário, haverá uma distorção do serviço, conseqüentemente a descaracterização do trabalho comunitário do ACS. Associado a isso, por não possuir uma clara definição das atribuições, o ACS tem constantemente seu papel distorcido, sobrecarregando com isso seu trabalho⁽²⁷⁾ e poderá tender a deixar suas ações atreladas mais ao pólo institucional.

Um estudo realizado por Nunes et al.⁽³⁴⁾, identificou que as estratégias utilizadas pelos ACS, para implementar ações educativas que propunham mudanças de hábitos e comportamentos, encontravam forte resistência por parte da população. Essas resistências eram manifestadas pela não adesão ao comportamento proposto, ou até pela oposição deliberada indicada pela recusa em receber o ACS no domicílio. Isso mostra como o processo de educação em saúde é complexo, e como os ACS precisam ser sensibilizados para uma prática de Promoção da saúde que respeite a autonomia e o *empowerment* dos indivíduos.

Há que se investir na formação de profissionais para lidar com esse objeto ampliado da saúde, para aprimorar os instrumentos de reconhecimento da realidade local e

buscar a aproximação intersetorial (Chiesa e Fraccolli: 2004, 47).

As AÇÕES DE PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO estão na sua maioria relacionadas à orientação e informação aos indivíduos. Isto confere uma maior habilidade por parte dos ACS para desenvolvimento de tais ações, que é realizada com frequência conforme se observa na análise da pesquisa.

Entretanto, não pode deixar de dizer que, ao se atribuir a responsabilidade ao ACS de “qualquer ação” que deva ser desenvolvida na comunidade (limpeza de caixa d’água, combate mosquito da dengue, reclamações de diversos setores, dentre outras), isso

tudo tem implicação direta no processo inadequado de qualificação, pois passa a receber diversos microtreinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma sequência lógica
(27).

Quanto à PREVENÇÃO E MONITORAMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS E MORBIDADES que estão na sua maioria relacionadas às orientações aos indivíduos e/ou grupos, são realizadas pelos ACS, com maior frequência, conforme se observa na análise da pesquisa.

Percebe-se a facilidade do ACS em orientar a comunidade quanto aos sinais clínicos que indiquem problemas de saúde e encaminhar ao serviço

de saúde todas as pessoas que foram por eles identificadas, limitando-se a isso, pois, o ACS de SBC não está autorizado, pela diretriz do PACS no Município, a realizar qualquer tipo de procedimento técnico como medida de peso e altura de crianças, verificação de pressão arterial ou glicemia capilar, mesmo que tenha formação técnica como auxiliar de enfermagem.

O grupo específico que se destaca é o materno-infantil cujo enfoque dado pelo Ministério da Saúde nesta competência, é reforçado pelo município de SBC que conta com um Programa de Atenção à Mulher e à Criança bem estruturados e pelo próprio Programa que tem desde a sua origem um enfoque importante nessa área.

Vale ressaltar as reformulações de Trad ⁽³⁵⁾ que refere que não podemos esquecer que os indivíduos e família representam um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias, que não podem ser desconsideradas pelos profissionais de saúde.

Espera-se que essas questões sejam objetos de futuras pesquisas, pois as ações desenvolvidas pelo ACS ainda não correspondem totalmente às expectativas da equipe, governo e comunidade, talvez porque se espera do ACS lidar com situações muito mais complexas que seu preparo e inserção no trabalho comunitário estejam alcançando, esquecendo-se da importância de suportes e apoios.

Não se pode deixar de citar Tomaz ⁽²⁷⁾, que alerta para o fato de não se poder colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser a

“mola propulsora da consolidação do SUS”, e deixar uma expectativa elevada em relação à sua competência, desconsiderando as responsabilidades da equipe de saúde, do serviço, dos indivíduos e da própria família, 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.

Analisando o paradigma da Promoção da saúde referente ao *empowerment*, o que fica evidente é que o *empowerment* é o objetivo maior de muitas intervenções. O desafio está em aprofundar-se no conhecimento do seu conceito, reconhecendo sua complexidade, força e limitação e, assim, explorar e avaliar se o *empowerment* está ou não sendo implementado.

Constata-se a dificuldade dos ACS em SBC de promoverem ações que levem ao *empowerment* comunitário e a maior facilidade em trabalhar as ações que levem a um *empowerment* individual.

Partindo do princípio que as estratégias de Promoção à saúde necessitam, entre outros fatores, das políticas públicas para concretizar suas ações, faz-se necessário repensar as ações que o ACS tem assumido, nos últimos tempos, para que ele não se torne um “pseudo-profissional da saúde”, mas que ele possa atuar de fato para auxiliar na mudança de um modelo excludente.

Pode-se ainda dizer que SBC, ao optar pela proposta PACS, consegue construir um modelo de Atenção à Saúde em que mantém a estrutura básica de sua rede de saúde e complementa a ação desta com o PACS. Este contexto faz com que os ACS e os enfermeiros do PACS possam exercer ações e estratégias de Promoção da saúde, uma vez que as questões centrais de atendimento às doenças e doentes ficam sob responsabilidade das unidades de saúde. Esse arranjo parece estar dando certo, a um custo que o Município consegue bancar, além de ser uma proposta bem interessante para grandes municípios que contam com uma rede pública de saúde organizada, funcional, com profissionais de saúde e tecnologias disponíveis.

Com base neste estudo, pode-se dizer que, por intermédio do trabalho do ACS do PACS de SBC, é possível vislumbrar um potencial para ações coletivas de fortalecimento da comunidade, bastando para isso uma reorganização do serviço estruturado nos pilares da Promoção da saúde.

Verifica-se a necessidade de se realizar um planejamento das ações do ACS que seja comum a todo o Município, pela importância 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 intersetorialidade.

Chiesa e Fracoli ⁽¹⁵⁾ reforçam a importância

na prática educativa dos ACS para que ela seja emancipatória e voltada para a autonomia dos sujeitos. Na

perspectiva do empowerment, a prevenção dos agravos à saúde, não deve ser tratada isoladamente, e sim como uma meta a ser atingida com o desenvolvimento sustentado, a melhoria da qualidade de vida e a justiça social (Chiesa e Fracolli: 2004, 46).

No contexto brasileiro, o campo da Promoção da saúde é recente ⁽¹⁵⁾, ainda em expansão, porém com enorme potencial, dadas as demandas emergentes na década de 1990, decorrentes da descentralização preconizada pelo SUS.

Concluindo com ⁽³⁶⁾ Ferreira, Lemos e Malo que citam:

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 (s.d.).

Referências
Bibliográficas

7 - Referências bibliográficas

- (1) Ministério da Saúde (BR). Promoção da Saúde. Brasília (DF); 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 Itapeacerica da Serra. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
- (4) Silva JA. O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: Agente Institucional ou Agente de Comunidade? [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.
- (5) Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva* 1998; 8 (2): 11-48.
- (6) Ministério da Saúde (BR). Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF); 1993.
- (7) Ministério da Saúde (BR). O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF); 1994.
- (8) Ministério da Saúde (BR). Perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF); 2004.

- (9) Santos LPGS. (Re) descobrindo o processo de trabalho do agente comunitário de saúde. In: Anais do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2004 out. 24-29; Gramado. Rio Grande do Sul. ABEn; 2004.
- (10) Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo. Projeto Agente Comunitário de Saúde Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo. São Bernardo do Campo; 1997 [mimeo].
- (11) Paim JS. Vigilância da Saúde: dos modelos assistências para a Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
- (12) Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde coletiva* 2000; 5 (1):163-177.
- (13) Freitas CM. A vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
- (14) Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução de Luís Eduardo Fonseca. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
- (15) Chiesa A, Fraccolli LA. O trabalho dos Agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família* 2004, (ed. esp).
- (16) Chiesa, AM. A promoção da saúde como eixo estruturante do Programa de Saúde da Família. In: Seminário O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família. São Paulo, Secretaria do Estado da Saúde; 2000. [texto de apoio do evento]

- (17) Robertson A, Minkler M. New Health Promotion Movement: A critical examination. *Health Education Quarterly* 1994; 21(3): 295-312.
- (18) Wallerstein N. Empowerment education applied to youth. In: Matiella AC (editor) *The Multicultural Challenge in Health Education*. California: ERT Associates Publishers, 1994. p.153-76.
- (19) Rowlands J. *Questioning Empowerment*. New Delhi: Society for Participation Research Institute for Asia; 1997.
- (20) Oakley P, Clayton A. *Monitoramento e avaliação do empoderamento*. 2ª ed. Inglaterra: Intrac; 2003 (tradução).
- (21) Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
- (22) Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo. Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil>
- (23) Assembleia Legislativa de São Paulo. Disponível em <http://www.al.sp.gov.br/web/forum/fldes/not0711.htm>
- (24) São Bernardo do Campo. Disponível em <http://www.saobernardo.sp.gov.br>
- (25) Associação Brasileira de Enfermagem. *Projeto de Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil; Manual do Pesquisador: Orientação para o trabalho em campo*. Brasília (DF); 1997.
- (26) Ministério da Saúde (BR). Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18404

- (27) Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super - herói”. *Interface* 2002; 6 (10): 84-87.
- (28) Nogueira RP. O trabalho do agente Comunitário de Saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. *Interface* 2002; 6 (10): 91-94.
- (29) Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=17&area=Conceito>
- (30) Wallerstein N. Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 1992 (6) 3: 197-205.
- (31) Sacardo DP. Das políticas públicas às políticas públicas saudáveis: contribuições para a promoção da saúde. *O mundo da Saúde* 2004; 28: 5 - 13.
- (32) EGRY EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
- (33) Souza MF. Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo! São Paulo: Hucitec; 2001.
- (34) Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Caderno de Saúde Pública* 2002; 18(6): 1639-1646.
- (35) Trad LAB. Problematizando a interação entre profissionais de saúde e famílias no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF) *Interface* 1999, 2:103-106.

- (36) Ferreira CMS, Lemos MAS, Malo M. Promover Saúde: possibilidades e responsabilidades de todos. Brasília (DF): MS; [s.d.].

Anexos

Anexo A**QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DO ACS**

Qual é o seu sexo?

1. () Feminino
2. () Masculino

SEX

Qual é a sua idade? _____ anos

ID

Qual a sua raça/cor?

1. () Branca
2. () Preta
3. () Parda
4. () Amarela
5. () Indígena

RAÇA

Qual a sua região de nascimento?

1. () Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina,Paraná)
2. () Região Sudeste (São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo)
3. () Região Centro-Oeste (Mato Grosso , Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal)
4. () Região Norte (Acre, Amazonas, Roraima, Rondônia, Pará, Amapá, Tocantins)
5. () Região Nordeste (Maranhão , Piauí, Rio Grande do Norte, Ceará, Paraíba, Pernambuco Alagoas Sergipe, Bahia)

RNAS

Qual o seu local de nascimento?

1. () Zona Rural
2. () Zona Urbana

LNAS

Qual é o seu estado civil?

1. () Solteiro(a)
2. () Unido(a)
3. () Separado(a)
4. () Viúvo(a)

CIVIL

Qual a última série escolar que você concluiu com aprovação? _____

SESC

Fez algum curso profissionalizante?

1. () Sim
0. () Não

CPROF

Caso a resposta anterior seja afirmativa, escreva o nome do curso realizado:

NCUR

Quantos filhos vivos você tem? _____

FILHO

Qual é a sua renda familiar? (total bruto) R\$ _____

RENDF

Quantas pessoas vivem com esta renda, incluindo você? _____
PREND

Você mora em casa:

1. () Própria
2. () Alugada
3. () Cedida
4. () Outros

CASA

Há quanto tempo é morador(a) do bairro onde reside? _____
MBAIRR

Trabalha no bairro em que mora?

1. () Sim
0. () Não

TBAIRR

Qual era sua ocupação antes de ser Agente Comunitário de Saúde (ACS)?

OCUP

Possuiu carteira assinada antes de ser ACS?

1. () Sim
0. () Não

CART

Realiza alguma outra atividade remunerada além a de ACS?

1. () Sim
0. () Não

ATIVREM

O que primeiramente o(a) motivou a ser ACS?

1. () Gostar da área de saúde
2. () Já conhecia o trabalho do ACS e quis trabalhar nesta área
3. () Gostar de trabalhar com pessoas
4. () Colaborar para melhorar a saúde da comunidade onde vive
5. () Visualizou uma oportunidade de emprego, mesmo não sabendo muito bem o que iria fazer.
6. () Outros. Quais?

MOTIV

Você gosta de trabalhar como ACS?

1. () Sim
0. () Não

GOSTR

Há quanto tempo trabalha no PACS? _____
TEMTR

Participa ou já participou de alguma atividade na comunidade? (Pode assinalar mais de 1 resposta)

1. () Associação de bairro/moradores
2. () Associação de pais e mestres
3. () Conselho tutelar
4. () Igreja/ comunidade religiosa
5. () Outros. Qual?

ATVCOM

Anexo B**FORMULÁRIO DE ATIVIDADES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Marque com um "X" a alternativa escolhida

	Atividade		Frequência com que realiza				
			Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Integração da equipe com a população local (A)	Participa das reuniões em equipe	A1					
	Expõe suas opiniões nas reuniões em equipe	A2					
	Empenha-se para executar as ações propostas pela equipe	A3					
	Orienta a comunidade sobre o funcionamento da UBS, atividades e campanhas	A4					
	Orienta a comunidade quanto às ações desenvolvidas nos diversos serviços de saúde	A5					
	Traz as necessidades da comunidade, que julga pertinente, para serem discutidas junto à equipe de saúde	A6					
	Faz das visitas domiciliares a base para o desenvolvimento das suas ações como ACS	A7					
	Preenche a ficha A (cadastramento) para todas as famílias visitadas	A8					
	Preenche a ficha B (acompanhamento) para todos os indivíduos dos "grupos de risco"	A9					
	Preenche a ficha C	A10					
	Estimula a população a participar de conselhos locais de saúde e/ou conferências municipais de saúde	B1					
	Incentiva a população a participar de atividades de sua própria comunidade	B2					

	Atividade		Frequência com que realiza				
			Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Planejamento e avaliação (B)	Informa ao Programa (PACS) sobre os recursos do território de sua microárea de atuação (creches, escolas, associações)	B3					
	Ao identificar riscos sociais (tráfico de drogas, violência doméstica e outros) em sua microárea de atuação faz a análise da situação	B4					
	Ao identificar riscos ambientais (esgoto, grandes avenidas e outros) em sua microárea de atuação faz a análise da situação	B5					
	Examina criticamente os dados obtidos pelo cadastramento	B6					
	Realiza ações com base no levantamento sobre a saúde da população	B7					
	Informa à comunidade os resultados obtidos no levantamento sobre a saúde da população	B8					
	Estabelece ações para resolução dos problemas de saúde de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde	B9					
	Estabelece ações para resolução dos problemas de saúde de sua microárea de atuação, segundo critérios estabelecidos pela população local	B10					
	Elabora junto à sua equipe o plano de ação para atuar na comunidade	B11					
	Avalia os planos de ação desenvolvidos junto à equipe de saúde	B12					
	Reprograma os planos de ação junto à equipe de saúde	B13					

	Atividade		Frequência com que realiza				
			Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Promoção da saúde (C)	Identifica a relação entre problemas de saúde e condições de vida	C1					
	Identifica exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade	C2					
	Realiza atividades educativas para a comunidade (palestras, campanhas, mutirões e outras) juntamente com o enfermeiro	C3					
	Realiza atividades educativas com outros ACS	C4					
	Realiza atividades educativas para a comunidade sozinho	C5					
	Utiliza recursos de informação e comunicação (faixas, panfletos e outros) adequados à realidade local	C6					
	Estimula os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença	C7					
	Orienta indivíduos quanto ao autocuidado	C8					
	Orienta a população quanto a medidas de proteção à saúde (alimentação, higiene pessoal, limpeza, acondicionamento e destino do lixo, cuidados com a água e dejetos e outras)	C9					
	Orienta indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos	C10					
	Propõe ações que utilizem as diversas secretarias existentes no Município	C11					
	Executa ações que atuam em parceria com outras Secretarias existentes no Município	C12					

	Atividade		Frequência com que realiza				
			Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Promoção da saúde (C)	Estabelece parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e outros	C13					
	Orienta a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social	C14					
	Apóia ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos	C15					
	Participa de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais	C16					

	Atividade		Frequência com que realiza				
			Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário (D)	Identifica as condições ambientais e sanitárias que provoquem riscos para a saúde da comunidade	D1					
	Informa à equipe de saúde sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação	D2					
	Informa à população sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação	D3					
	Orienta indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde	D4					
	Orienta moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente hospitalar	D5					
	Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde	E1					

	Atividade		Frequência com que realiza				
			Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbididades (E)	Orienta a comunidade sobre os sinais que indicam problemas de saúde	E2					
	Comunica à equipe sobre os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais ("grupos de risco", portadores de necessidades especiais e outros)	E3					
	Ao identificar um problema de saúde nos indivíduos ou grupos, encaminha à UBS para atendimento	E4					
	Agenda ou remarca consultas para a comunidade	E5					
	Leva medicação (conforme prescrição médica ou de enfermagem) para alguém da população	E6					
	Sensibiliza os familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais	E7					
	Estimula indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar	E8					
	Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos à gestação	E9					
	Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos à gestação	E10					

	Atividade		Frequência com que realiza				
			Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbididades (E)	Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos ao parto	E11					
	Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos ao parto	E12					
	Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos ao puerpério	E13					
	Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos ao puerpério	E14					
	Orienta gestantes, puérperas e grupo familiar quanto ao aleitamento materno	E15					
	Orienta gestantes, puérperas e grupo familiar quanto aos cuidados com o recém-nascido	E16					
	Solicita o passaporte materno-infantil nas visitas domiciliares	E17					
	Orienta indivíduos quanto à saúde sexual e reprodutiva	E18					
	Acompanha o crescimento infantil	E19					
	Acompanha o desenvolvimento infantil	E20					
	Solicita o cartão de vacina das crianças nas visitas domiciliares	E21					
	Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças não transmissíveis	E22					
	Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis	E23					

Anexo C

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “O Agente Comunitário de Saúde em São Bernardo do Campo: Possibilidades e Limites para a Promoção da Saúde”

Pesquisadora responsável: Luciana Patriota G. Soares dos Santos

Orientador: Lislaine Aparecida Fracolli

1. O estudo a que se refere este consentimento livre e esclarecido tem caráter investigativo e é referente a uma pesquisa de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).
2. O estudo tem por objetivo caracterizar o perfil dos ACS, identificar suas ações e analisar estas ações à luz do paradigma da Promoção da Saúde.
3. Como procedimentos metodológicos, os dados serão coletados a partir da aplicação de um questionário para a caracterização dos ACS e um formulário que buscará identificar as ações que este profissional realiza, bem como a frequência com a qual executa essas ações.
4. Os ACS terão liberdade para manifestar-se, poderão fazer qualquer questionamento acerca do estudo e de sua participação, devendo ser esclarecido sobre suas dúvidas em qualquer momento da pesquisa. Garante-se o sigilo acerca da identidade do informante e sua participação é voluntária, ou seja, seu nome não será divulgado em nenhum momento do estudo, tendo o sujeito da pesquisa toda a liberdade de recusar-se a participar do estudo, sem que isso represente qualquer prejuízo, desconforto ou risco à sua pessoa ou ao desempenho de seu trabalho.
5. Todas as informações obtidas por meio do questionário e formulário deverão ser mantidas sob sigilo e em lugar seguro.
6. Os resultados deverão ser descritos e analisados em um relatório formal que, ao seu término, será apresentado publicamente, aos ACS os quais se refere o estudo e em instâncias públicas como congressos, periódicos e afins.
7. Maiores esclarecimentos poderão ser obtidos com a pesquisadora responsável Luciana Patriota G. S. dos Santos – fone: 9781-2867, com a orientadora da pesquisa Lislaine Aparecida Fracolli - fone: 3066 - 7652 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP - fone: 3066-7548.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora responsável e de ter compreendido com clareza suas finalidades, procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

São Bernardo do Campo,..... de..... de 2005.

Assinatura

Assinatura do pesquisador