

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARIA FERNANDA PEREIRA GOMES

**AS POTENCIALIDADES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE PARA AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: EM FOCO
O COLEGIADO GESTOR REGIONAL DE ALTO CAPIVARI**

**SÃO PAULO
2011**

MARIA FERNANDA PEREIRA GOMES

**AS POTENCIALIDADES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE PARA AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: EM FOCO
O COLEGIADO GESTOR REGIONAL DE ALTO CAPIVARI**

Dissertação apresentada à
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de Concentração: Saúde
coletiva

Orientadora:
Lislaine Aparecida Fracoli

**SÃO PAULO
2011**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR, QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Gomes, Maria Fernanda Pereira

As potencialidades do agente comunitário de saúde para ações de promoção da saúde: em foco o colegiado gestor regional de alto capivari / Maria Fernanda Pereira Gomes. – São Paulo, 2011.

134 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lislaine Aparecida Fracolli

1. Auxiliares de saúde comunitária 2. Promoção da saúde 3. Saúde pública I.Título

Nome: Maria Fernanda Pereira Gomes

Título: As potencialidades do agente comunitário de saúde para a operacionalização da promoção da saúde: em foco o Colegiado Gestor Regional Alto Capivari

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus pela força presente em todos os momentos dessa jornada de batalhas, derrotas e vitórias.

*Aos meus pais, **Inês Pereira Gomes e Benedito Cassiano Gomes**, que sempre me incentivaram e acreditaram em mim, e por terem me ensinado a lutar pelos meus sonhos!*

*As minhas tias **Luiza e Erotildes** pela compreensão e carinho ao longo do período de elaboração deste trabalho.*

*A minha orientadora e amiga **Lislaine Aparecida Fracoli**, que inspirou a minha paixão pelo campo da Promoção da Saúde e pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.*

*Aos meus amigos do município de Quatá, **Elza, Alexander e Ralf**, sem vocês eu não teria conseguido, muito obrigado!*

*A minha professora e amiga, **Regina Célia Ermel**, que me apresentou ao grupo de pesquisa “Modelos Tecno-Assistenciais e a Promoção da Saúde” abrindo o caminho para o Mestrado.*

*A minha amiga mestranda **Aline Fagnani Pereira**, que compartilhou muitos momentos de dificuldades e de êxito nessa nossa caminhada rumo ao título de mestre!*

*A minha amiga e líder **Daniele Catelan**, pela sua amizade, conselhos e exemplo de vida!*

*As minhas amigas de longa data **Priscila Mary Cateli Rosa, Juliana Bonora, Angélica Pereira Moral e Elizandra Milan** pelos momentos de alegria, distração e força que me deram para continuar nesse caminho.*

*Ao meu amor e amigo **Giovani Franco**, por sempre me motivar nas horas difíceis e não me deixar desistir!*

Aos ACS que atuam no CGR Alto Capivari, por terem colaborado com a minha pesquisa.

AGRADECIMENTOS

*À orientadora e amiga, **Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracoli**, por acreditar no meu potencial desde o início e me orientar com capacidade, sabedoria, compreensão, paciência e disponibilidade.*

*As Professoras **Dr.^a Cláudia Maria Bógus** e **Dr.^a Paula Hino**, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.*

*Aos **Secretários de Saúde** dos municípios de Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá e Rancharia pela disponibilização do campo de pesquisa.*

*Aos **Agentes Comunitários de Saúde** que atuam nas equipes de Saúde da Família do CGR Alto Capivari, por terem colaborado com a minha pesquisa.*

Ser grande

Para ser grande, sê inteiro:

Nada teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa.

Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda brilha,

Porque alta vive.

(Fernando Pessoa)

Gomes MFP. As potencialidades do agente comunitário de saúde para ações de promoção da saúde: em foco o Colegiado Gestor Regional de Alto Capivari. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

O Ministério da Saúde atribuiu cinco competências aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma delas é a Promoção da Saúde. As particularidades da inserção do ACS na comunidade e sua identidade cultural podem facilitar ou não o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde. As questões colocadas para esta pesquisa foram: O ACS tem potencial para promover a saúde? Que tipo de ações de Promoção da Saúde esses ACS realizam? Existe investimento diferenciado nas ações de Promoção da Saúde, por parte dos municípios? Com base nesse contexto, o objetivo geral desta pesquisa foi descrever e analisar as potencialidades do ACS para a Promoção da Saúde. E, como objetivos específicos: caracterizar o perfil sócio-demográfico dos ACS; caracterizar as competências dos ACS; caracterizar as ações vinculadas à competência Promoção da Saúde e analisar o potencial destas para o fortalecimento das comunidades. Os referenciais teóricos utilizados para análise e discussão dos resultados foram o modelo de Promoção da Saúde proposto por Labonté (1993) e o modelo teórico de organização e construção da comunidade para Promoção da Saúde, proposto por Nutbeam e Haris (2005). Trata-se de uma pesquisa de abordagem quanti-qualitativa, que teve como cenário de estudo o Colegiado Gestor Regional (CGR) Alto Capivari, na região de Presidente Prudente, composto pelos municípios de Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá e Rancharia. Os sujeitos desta pesquisa foram os 97 ACS que trabalhavam nas dezessete equipes de Saúde da Família do CGR, destes 81 participaram da pesquisa. Os dados foram coletados por meio de um questionário fechado composto por duas partes: 1) caracterização do perfil sócio-demográfico e 2) um formulário tipo Likert com as ações que compõem as competências do ACS. Foram organizados em um banco de dados com auxílio do *software* SPSS 16. Os dados foram analisados estatisticamente com base na frequência simples das ocorrências e no agrupamento das frequências positivas e negativas. Os resultados apontaram que os ACS que atuam no CGR são na maioria do sexo feminino, cor branca, ensino médio completo, apresentam média de quinze anos de residência no bairro onde trabalham e tempo médio de trabalho como ACS de dois anos. Identificou-se que a competência “Integração da equipe com a população local” apresentou 90,6% de realização, a competência “Planejamento e Avaliação” apresentou 71,5% de realização, a competência “Promoção da Saúde” apresentou 66,7% de realização, a competência “Prevenção e Monitoramento de risco ambiental e sanitário” apresentou 82,9% e a competência “Prevenção e Monitoramento a grupos específicos e morbidades” apresentou 86,6%. O município de Rancharia é o que mais realiza ações de Promoção da Saúde, enquanto que o município de Quatá é o que menos as realiza. Conclui-se que as competências mais realizadas pelos ACS são aquelas que estão voltadas à articulação dos indivíduos/famílias com a equipe de saúde e ao controle de doenças e à vigilância sanitária. A competência Promoção da Saúde, entre todas, é a menos realizada, contudo o investimento na capacitação dos ACS para a execução das ações que compõem essa competência tem potencial para fortalecer e organizar as comunidades.

PALAVRAS-CHAVE: Auxiliares de Saúde Comunitária, Promoção da Saúde, Saúde Pública

Gomes MFP. The potentialities of the community health worker on the actions of health promotion: into focus the Regional Management Collegiate of Alto Capivari. [Dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

The Ministry of Health assigns five competences to the Community Health Workers (CHW), one of them is Health Promotion. The particularities of the CHW insertion and his cultural identity can either facilitate or not the development of actions for Health Promotion. The issues presented in this study were: Does the CHW have potential to promote health? What kind of Health Promotion actions do these CHWs carry out? Is there differentiate investment in Health Promotion actions, by the municipalities? Based in this context, the general aim of this study was describing and analyzing the potentialities of the CHWs on Health Promotion. And, as specific goals: characterizing the CHW's socio-demographic profile; characterizing CHW's competences; characterizing the actions linked to the Health Promotion competence and analyzing their potential to the strengthening of communities. The theoretical references used to analyze and discuss the result were the model of Health Promotion suggested by Labonté (1993) and the theoretical model of community organization and building for Health Promotion, proposed by Nutbeam and Haris (2005). It is a research on qualitative/quantitative approach which had as study scenario the Regional Management Collegiate (RMC) Alto Capivari, in the region of Presidente Prudente, formed by the municipalities of Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá and Rancharia. The subjects of this study were 97 CHW who worked in the seventeen teams of RMC Family Health, which 81 participated in the study. Data were collected through a closed questionnaire composed by two parts: 1) characterization of the socio-demographic profile and 2) a Likert form containing the actions which composes the CHW's competences. They were organized in a database aided by the SPSS 16 software. Data were analyzed statistically based on the simple frequency of happening and on the grouping of positive and negative frequencies. The results have shown that the CHWs who work in the RMC Alto Capivari are the most female, white-skinned, complete high schooling, fifteen-year-old on average, living in the neighborhood where they work in and two-year average working time as a CHW. It has been identified that "Team Integration with the local population" competence presented 90.6% of accomplishment, "Planning and Evaluation" competence presented 71.5% of accomplishment, "Health Promotion" competence presented 66.7% of accomplishment, "Prevention and Monitoring of sanitary and environmental risk" competence presented 82.9% and "Prevention and Monitoring to specific groups and morbidities" competence presented 86.6%. The municipality of Rancharia is the one that accomplishes Health Promotion actions the most, while the municipality of Quatá is the one that accomplishes the least. It has been concluded that the most used competences by the CHWs are the ones related to the articulation of individuals/families with the health team and to the control of diseases and health surveillance. Health Promotion competence, among all of them, is the one used the least; nevertheless the investments in CHW's training for the execution of actions which compose this competence has potential to strengthen and organize the communities.

KEYWORDS: Community Health Aides , Health Promotion, Public Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama de Burrell e Morgan 1985 <i>apud</i> Caplan 1993	34
Figura 2 – Diagrama de Saúde e bem-estar	36
Figura 3 – Síntese das dimensões da organização comunitária e da capacidade de construção comunitária	45
Figura 4 – Departamentos Regionais do Estado de São Paulo, 2007	49
Figura 5 – Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2007	50
Figura 6 – Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Teorias sociais, comportamentais e comunicacionais que explicam mudanças no âmbito individual e coletivo e os Modelos Teóricos construídos para dar suporte às ações de Promoção da Saúde, apresentados por Nutbeam e Haris ⁽³⁶⁾	40
Quadro 2 - Identificação do total de ACS das equipes de Saúde da Família que compõem os municípios do Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, segundo a forma de participação na pesquisa, 2011	54
Quadro 3 - 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 na Saúde da Família, Colegiado Gestor Regional Alto Capivari – 2011	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos ACS, segundo variáveis sociodemográficas, Colegiado Gestor Regional Alto Capivari – 2011	60
Tabela 2 - Distribuição dos ACS, segundo sua inserção no trabalho, Colegiado Gestor Regional de Alto Capivari – 2011	62

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionados à competência A – INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL. Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011. 69
- Gráfico 2 - Distribuição da frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência B – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO. Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011. 71
- Gráfico 3 - Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência C – PROMOÇÃO DA SAÚDE. Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011. 73
- Gráfico 4 - Distribuição da frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência D – PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO. Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011. 76
- Gráfico 5 - Distribuição da frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência E – PREVENÇÃO E MONITORAMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS E MORBIDADES. Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011. 78
- Gráfico 6 - Frequência das ações realizadas “Todos os dias”; “Todas as semanas”; “Todos os meses”; “Raramente”, “Nunca” pelos ACS, na competência PROMOÇÃO DA SAÚDE (Categoria C). Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011. 82
- Gráfico 7 - Frequência das ações realizadas “diariamente, semanalmente e mensalmente” e ações realizadas “raramente e nunca” pelos ACS, na competência PROMOÇÃO DA SAÚDE (Categoria C). Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá, Rancharia, 2011. 99

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CGR	Colegiado Gestor Regional
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IFDM	Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IPTU	Imposto Predial Territorial Urbano
MS	Ministério da Saúde
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PAVS	Programas Ambientes Verdes e Saudáveis
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	17
1.1	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO.....	17
1.2	DESAFIOS PARA O TRABALHO DO ACS NO BRASIL.....	21
1.3	AS COMPETÊNCIAS DO ACS E O FOCO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	24
1.4	JUSTIFICATIVA E PERGUNTA DA PESQUISA.....	28
2	OBJETIVOS	30
2.1	OBJETIVO GERAL.....	30
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
3	REFERENCIAL TEÓRICO	31
3.1	MODELOS ANALÍTICOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	34
3.2	ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE AS TEORIAS PARA A PESQUISA E A PRÁTICA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	39
3.2.1	Modelo de organização e construção da comunidade.....	41
4	METODOLOGIA	47
4.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	48
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	54
4.3	INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	55
4.4	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	56
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	57
4.6	PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS.....	58
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ACS DO COLEGIADO GESTOR REGIONAL ALTO APIVARI.....	59
5.2	CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS E AÇÕES DE SAÚDE REALIZADAS PELOS ACS DO CGR ALTO CAPIVARI.....	67
5.3	AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO COMPETÊNCIA DO ACS: UMA ABORDAGEM ANALÍTICA.....	80
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
7	REFERÊNCIAS	114
8	ANEXOS	121



APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Durante minha graduação no curso de Enfermagem e na especialização em Saúde Pública com ênfase na Estratégia Saúde da Família, aprimorei e amadureci o desejo de trabalhar na Saúde Coletiva. Passei pela experiência de atuar na saúde da família como enfermeira voluntária de uma das equipes de Saúde da Família no município de Marília-SP. Essa experiência permitiu que eu tivesse o contato com a dinâmica e processo de trabalho da equipe da Saúde da Família, o que reafirmou minha vontade de trabalhar nessa área da saúde. Em 2008, comecei a participar do Grupo de Pesquisa “Modelos Tecnoassistenciais e a Promoção da Saúde”, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); as exposições de pesquisas e trabalhos, experiências de trabalho e pesquisa e as discussões sobre os temas que contemplam a Promoção da Saúde e suas inter-relações com professores, doutorandos, mestrados, alunos da graduação em Enfermagem e demais profissionais participantes do grupo estimularam a minha reflexão e a vontade de pesquisar sobre a Promoção da Saúde.

Ao ingressar na Estratégia Saúde da Família (ESF) no papel de enfermeira da equipe dois no município de Quatá-SP, no ano de 2009, comecei a me apaixonar ainda mais pela Estratégia Saúde da Família e pela relação desta com a comunidade. A prática como profissional de enfermagem na Saúde da Família atrelada aos demais conhecimentos teóricos sobre Promoção da Saúde e Saúde Coletiva começou a florescer e, com o intuito de pesquisar sobre um tema de grande relevância para Atenção Básica, comecei a pensar em um tema em especial, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e sua relação com a comunidade local — a cada dia percebia a importância desse profissional para o funcionamento da ESF.

Ingressei no curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP com a orientadora Lislaine Aparecida Fraccolli, que já havia trabalhado e pesquisado o tema Agente Comunitário de Saúde e Promoção da Saúde em municípios de médio e grande porte. Dessa forma, para aprimorar os conhecimentos em relação à prática profissional do ACS, resolvemos pesquisar essa prática em pequenos municípios; escolhemos como

cenário de estudo o Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, composto pelos municípios de Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá e Rancharia.

A pesquisa que desenhamos espera contribuir para o conhecimento das práticas deste profissional singular, o ACS, cujo trabalho tem mudado a vida de muitas famílias e comunidades. Embora exista ainda muito que emancipar, não se pode deixar de salientar que o aumento de cobertura da Saúde da Família e dos ACS no Brasil tem crescido a cada dia e que indicadores de saúde, como os coeficientes de mortalidade materna e infantil, diminuíram muito quando comparamos esses valores com os encontrados antes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia Saúde da Família.



INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM BREVE HISTÓRICO

A prestação de cuidados primários desenvolvida por membros da comunidade treinados tem sido experimentada em todo o mundo há várias décadas. Esses trabalhadores da saúde recebem diferentes denominações conforme o país onde estão, mas de uma maneira geral há uma quantidade de evidências que mostram que a ação desses profissionais pode melhorar a saúde da população. Dentre os países que apresentam tais profissionais, destacamos os da África Subsaariana (Etiópia, Moçambique e Uganda), do Sudeste da Ásia (Bangladesh, Paquistão e Tailândia) e, na América Latina, o Haiti. Observa-se que esses profissionais desenvolvem ações com foco na saúde materno-infantil, na prevenção de HIV/AIDS, na prevenção da tuberculose e malária, na saúde mental e em doenças não transmissíveis⁽¹⁾.

O desenvolvimento de programas que envolvem trabalhadores comunitários de saúde, com a finalidade de combater os efeitos da pobreza sobre as condições de vida e saúde das comunidades em diversos países, está diretamente relacionado com a Declaração do Milênio das Nações Unidas. Esse documento histórico produzido em 2000 por dirigentes de 189 países tem como finalidades, dentre outras, reduzir para a metade o percentual de pessoas que vivem na pobreza extrema, fornecer água potável e educação a todos e inverter a tendência de propagação do HIV/AIDS⁽¹⁾.

A Declaração do Milênio das Nações Unidas traduziu-se em oito Metas do Milênio que devem ser atingidas até 2015; destas, três estão diretamente relacionadas com a saúde, a saber⁽¹⁾:

- Reduzir a mortalidade infantil em dois terços dos níveis base de 1990;
- Reduzir a mortalidade materna em três quartos dos níveis base de 1990; e
- Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças.

Dados mostram que para se alcançar as metas do desenvolvimento do milênio, duas grandes barreiras estão presentes: 1) a necessidade de empoderamento crítico por partes dos dirigentes da saúde para o fortalecimento dos sistemas de saúde; 2) a escassez de profissionais com estratégias inovadoras e ações que produzam ou que colaborem para o “empowerment” comunitário⁽¹⁾.

De acordo com um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2006, 57 países, da África e da Ásia, estão enfrentando escassez de trabalhadores de saúde, e cerca de 4.250.000 trabalhadores são necessários para preencher a lacuna. Apesar de vários países da América Latina apresentarem crescimento econômico sustentável nos últimos anos, a desigualdade social e as iniquidades em saúde são grandes e permanecem na região, entre países e dentro deles. Isso se reflete em uma distribuição desigual dos profissionais de saúde, ou seja, esses países apresentam menos de 20 a 25 trabalhadores de saúde para cada 10.000 habitantes, sendo que a densidade mínima de profissionais de saúde para fazer diferença nos indicadores de saúde é igual ou maior que 25 profissionais para cada 10.000 habitantes. A escassez de recursos humanos na saúde contribui para a fragilidade dos sistemas de saúde, e a carga global das doenças nesses países é paralela à má distribuição da força de trabalho⁽¹⁾.

Assim como em outros países, no Brasil o Ministério da Saúde, com o intuito de melhorar os indicadores de saúde e as condições de vida da população marginalizada, cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), aumentando, com isso, a cobertura de saúde.

No Brasil, em 2011, contamos com um quadro de 246.976 mil ACS, os quais atendem a cerca de 63,69% da população. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no país teve início no estado do Ceará, em 1987, com a finalidade de combater a seca e reduzir a mortalidade materno-infantil. Nessa época houve a contratação de 6113 Agente Comunitário de Saúde (ACS). Com o fim da estiagem, essa iniciativa foi desativada e, a partir da reivindicação das comunidades, antes assistidas, o Programa dos Agentes de Saúde foi retomado em 1988 e ampliado para todo o estado⁽²⁾. Isso transforma uma proposta pontual e emergencial de combate à seca em uma estratégia de Promoção à Saúde, criando o Programa de Agentes de Saúde do Ceará (PAS). O Ceará foi o estado pioneiro nas experiências

com ACS e de onde saíram às primeiras propostas de organização de trabalho desses profissionais. Nesse momento inicial da história dos ACS, a contratação de tais trabalhadores teve como critério a renda e a intenção de empregar mulheres que se encontravam em regiões mais pobres, a fim de melhorar as condições de vida desse grupo⁽³⁾.

Em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) teve início, sob coordenação da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Esse programa, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, é fortemente influenciado pelos resultados relatados nas experiências em atenção primária desenvolvidas isoladamente no país e suas propostas na integração do agente à equipe. Não é possível dissociar questões influenciadoras dessa ação, tais como a importância do programa na busca de implantação e consolidação do SUS e da municipalização; além da extensão de cobertura da assistência a populações rurais e de periferia urbana, com o enfoque no autocuidado e na saúde materno-infantil⁽²⁾.

Finalmente, em 1992, o PNACS deu lugar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que manteve o foco nos princípios norteadores dos programas anteriores, e posteriormente ampliando-se para dar apoio à organização da Atenção Básica em Saúde⁽²⁾.

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, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, particularmente para atuar nas áreas mais carentes, introduzindo nas práticas de saúde um enfoque na família⁽⁴⁾.

O objetivo central do PACS, proposto pelo Ministério da Saúde, era de melhorar, por meio do trabalho do ACS, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e a consolidação dos sistemas locais de saúde⁽³⁾.

Como objetivo específico, o PACS buscava capacitar os ACS para a execução de trabalhos no primeiro nível de atenção à saúde, fortalecendo o elo entre o serviço e a comunidade. Para o PACS, sendo o trabalho do ACS integrado com a equipe da unidade de saúde, este seria ampliado e o profissional poderia, ainda, cooperar com a organização comunitária no sentido de fortalecê-la no trato com os problemas de saúde⁽⁵⁾.

Atualmente, o PACS e o Programa Saúde da Família (PSF) dão forma à Estratégia de Saúde da Família, que propõe a reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da Atenção Básica⁽⁶⁾.

O Ministério da Saúde (MS) define 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⁽⁶⁾.

A atividade profissional do ACS começou a ter reconhecimento legal inicialmente com a publicação da Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997, que aprovou as normas e as diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família⁽⁷⁾. Posteriormente, houve a publicação do Decreto nº 3189 de 4 de outubro de 1999, que fixou as diretrizes para o exercício de suas atividade — “desenvolver atividades de prevenção de doenças e Promoção da Saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade”⁽⁸⁾. A Lei nº 10.507 de 10 de junho de 2002 criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde e definiu seu exercício exclusivamente no âmbito do SUS⁽⁹⁾. A partir de 2006, suas atividades passaram a ser regulamentadas pela Lei nº 11.350, que, além de definir suas atribuições, determinou que o ACS tenha como requisitos para o exercício das suas atividades a conclusão do ensino fundamental e o curso introdutório de formação inicial e continuada⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, insere-se o profissional ACS, com amplitude de atribuições, definidas em Lei, que necessitam de saberes sólidos construídos, para atuação eficiente no campo da saúde. Destaca-se no trabalho do ACS a relação de complementaridade e interdependência com os demais profissionais da saúde da família, no sentido de garantir o que preconiza a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, quanto a articular com os diversos profissionais da equipe as ações comuns e específicas do trabalho, exercendo um papel primordial no processo de transformação social⁽¹¹⁾.

1.2 DESAFIOS PARA O TRABALHO DO ACS NO BRASIL

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde trouxe experiências positivas em vários setores da saúde no país. As principais relacionam-se à descentralização político-administrativa das redes de serviços, a garantia universal de acesso ao sistema público de saúde, com ampliação da cobertura de assistência dos serviços básicos e especializados, e o fortalecimento dos mecanismos de legitimação da participação popular, por meio dos conselhos gestores nas diferentes esferas de administração dos serviços⁽¹²⁾.

No entanto, depara-se com inúmeras dificuldades de operacionalização da equidade e da integralidade da assistência à saúde. A concretização desses princípios requer, dentre outros aspectos, a estruturação de um novo modelo assistencial, cujo foco da atenção não seja dirigido somente ao tratamento das doenças, mas contemple os determinantes das condições de saúde de um dado grupo social⁽¹²⁾.

Na busca da estruturação de um novo modelo de assistência, o Ministério da Saúde propôs em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar essa prática assistencial, substituindo o modelo de assistência à saúde centrada no médico e altamente medicalizado por um modelo centrado na família, a partir de sua inserção social, possibilitando entender o processo saúde-doença de forma ampliada, gerando intervenções que busquem mais do que ações curativas⁽¹³⁾.

Em 2006, o Programa Saúde da Família passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽¹⁴⁾. A ESF fugiu da concepção usual dos programas tradicionais concebidos pelo Ministério da Saúde, pois não se tratava de uma intervenção pontual no tempo e no espaço, e tampouco de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde. Ao contrário, objetivava a integração e a organização das atividades em um território definido, com um propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de maneira articulada e perene⁽¹⁵⁾. Para tanto, a ESF constituiu-se em uma estratégia de substituição e reestruturação do modelo a partir da Atenção Básica.

A equipe de saúde nesse modelo de atenção é multiprofissional. Em sua composição nuclear têm-se um médico, um enfermeiro, cinco ou seis agentes

comunitários de saúde (ACS) e dois auxiliares de enfermagem. Dentro da equipe de Saúde da Família existe uma definição de competências e responsabilidades entre seus membros, compondo um novo processo de cuidar⁽¹³⁾.

Em toda essa reestruturação surge, nesse cenário, um novo profissional que vem a contribuir para esse novo processo de cuidar, o ACS. A incorporação desse novo ator na equipe de saúde trouxe novas perspectivas para o trabalho na Atenção Básica à Saúde⁽¹²⁾.

Com esse profissional, a equipe de saúde tem a possibilidade de se aproximar dos grupos heterogêneos que compõem uma dada população de determinada área de abrangência, de maneira a contribuir para o conhecimento das peculiaridades e necessidades que emanam do viver desses grupos, fruto do modo de viver e trabalhar conforme se dá a inserção destes na sociedade⁽¹²⁾.

Ao analisar aspectos relacionados à proposta política, à atuação e à inserção desse trabalhador no contexto do cuidado em saúde, observam-se alguns desafios para a atuação do agente comunitário de saúde, tais como⁽¹⁶⁾:

- *Contexto*: A imensa gama de possibilidades de organizações de cenários em que o Programa de Agentes Comunitários é implantado invoca a capacidade de flexibilidade em relação aos processos, práticas e conteúdos técnicos relacionados. O ACS tem papel estruturante nessa contextualização do cuidado.
- *Finalidade*: Há que se considerar a amplitude das finalidades do programa, que agrega questões não apenas baseadas nas diversas formas de atuação, mas com características muitas vezes antagônicas. Como exemplo, podem-se verificar as questões de saúde da comunidade, muitas vezes compreendidas a partir de um olhar mais individual e com bases biológicas; ou a partir de uma perspectiva mais coletiva, considerando aspectos sociais.
- *Tecnologia*: Outro aspecto importante é a relação do ACS com o próprio saber médico, que se situa na sua vinculação com um saber popular de saúde e no conhecimento que dispõem acerca da dinâmica social da comunidade onde habitam.

- *Trabalho em equipe*: Este ponto traz como foco o conflito de poder que se instaura quando o ACS passa a dividir, e mesmo disputar, o seu lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe, principalmente com os médicos. Tal disputa ocorre em muitos casos quando há um PACS funcionando e chega uma equipe de PSF. Entretanto, as disputas acontecem como uma via de mão dupla, gerando desarmonia nas estratégias e dificultando as ações.
- *Formação*: Observa-se que a formação tradicional recebida confere ao ACS uma sensação de orgulho em diferenciarem o seu conhecimento do conhecimento popular que dispunham previamente. Isso traz prestígio dentro da comunidade, uma vez que o saber biomédico possui uma representação de superioridade na hierarquia de saber da sociedade. Ao mesmo tempo, esse processo gera ansiedade quando o ACS compara o seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe.

Silva⁽³⁾, em sua pesquisa realizada no município de São Paulo, ressalta duas considerações acerca do trabalho do ACS: a) que o trabalho do ACS vai além do atendimento às necessidades dos grupos sociais — é mais que o simples trabalho, transcende o setor saúde; b) apoia-se na interação com a instituição e a comunidade, e isso direciona a formação de sua identidade, que ora está mais centrada no polo comunidade prevalecendo o saber do senso comum e ora está mais voltada para o polo serviço de saúde, prevalecendo o saber higienista e médico-cêntrico.

Chiesa e Fracoli⁽¹⁷⁾ consideram que o trabalho do ACS apresenta três dimensões:

- *Dimensão técnica*: atende indivíduos e família por meio de ações de monitoramento de grupos específicos, doenças prevalentes e de risco, a partir de visitas domiciliares e informação em saúde com base no saber epidemiológico e clínico;
- *Dimensão política*: o ACS é quem reorienta o modelo de atenção à saúde, de discussão dos problemas e organização da comunidade, auxiliando para o fortalecimento da cidadania, mediante visitas domiciliares e educação em saúde com base nos saberes da saúde coletiva;

- *Dimensão da assistência social:* tentativa de resolver questões como de acesso aos serviços.

Na tentativa de conciliar as três dimensões, o trabalho do ACS apresenta-se de forma conflituosa, o que na prática representa ações que tendem para um desses polos⁽¹⁶⁾.

Com base nas análises que sistematicamente foram realizadas sobre o trabalho do ACS, o Ministério da Saúde considerou as singularidades e as especificidades do trabalho do ACS e construiu um programa de formação para esse profissional, no qual foram definidas as competências que deveriam compor seu perfil.

1.3 AS COMPETÊNCIAS DO ACS E O FOCO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Considerando-se que as competências profissionais dos trabalhadores de saúde são compreendidas como um dos componentes fundamentais para a revolução qualitativa desejada para os serviços de saúde, as competências profissionais do ACS foram conceituadas como 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⁽¹⁸⁾.

Os ACS atuam no apoio aos indivíduos e aos coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco em saúde, participando da orientação, do acompanhamento e da educação popular em saúde, estendendo as responsabilidades das equipes locais do Sistema Único de Saúde (SUS), colocando em ação conhecimentos sobre prevenção e solução de problemas de ordem sanitária, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais⁽¹⁸⁾.

A formação e o desenvolvimento profissionais sugerem a identificação técnica, ética e humanística do que compete ao profissional de saúde e quais competências são requeridas para que os usuários das ações e dos serviços de saúde sintam-se atendidos em suas necessidades diante de cada prática profissional. Compete aos ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, 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 os indivíduos, grupos sociais e populações⁽¹⁸⁾.

Com o objetivo de complementar o perfil do profissional ACS, o Ministério da Saúde definiu as cinco competências desses profissionais: A) Integração da equipe com a população local; B) Planejamento e avaliação; C) Promoção da saúde; D) Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; E) Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades⁽¹⁸⁾.

O Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde está pautado nos seguintes pressupostos⁽¹⁸⁾:

- Adequação aos princípios e às diretrizes da política de recursos humanos do SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde como Norma Operacional Básica (NOB-RH/SUS);
- Proposição que contemple a diversidade de aspectos relacionados à prática profissional do agente comunitário de saúde e considere suas especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho e ao atendimento das demandas individuais, grupais e coletivas;
- Observância à Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de ACS, ao Decreto nº 3189/99, que fixa diretrizes para seu exercício profissional, e à Portaria GM/MS nº 1886/97, que estabelece suas atribuições;
- Valorização da singularidade profissional do ACS, como um trabalhador da saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente; Promoção da qualificação profissional mediante processo sistemático de

formação vinculado às escolas técnicas, ao itinerário de formação e à obtenção de certificado profissional com validade nacional.

A questão das competências dos ACS tem sido tema recorrente no grupo de pesquisa “Modelos tecnoassistenciais e a Promoção da Saúde”. Em revisão de pesquisas produzidas por esse grupo, encontraram-se pesquisas realizadas nos municípios de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, São Paulo⁽¹⁹⁾ e Marília⁽²⁰⁾ sobre as competências dos ACS. Essas pesquisas abordaram a frequência de ocorrência das ações que integram as cinco competências do ACS, quais sejam: A) Integração da equipe com a população local; B) Planejamento e avaliação; C) Promoção da Saúde; D) Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário e E) Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades. Ao analisar os resultados dessas pesquisas, pode-se verificar que a competência A – Integração da equipe com a população local é a mais realizada; isso comprova que a construção do elo entre o ACS, os serviços de saúde e a comunidade está sendo operacionalizada. A competência C – Promoção da Saúde tem menor frequência de realização entre todas as cinco competências nessas pesquisas. Verifica-se que a competência C, além de ser a menos realizada, conforme os resultados dessas pesquisas, sua realização não é na perspectiva do “empowerment” e do fortalecimento da comunidade.

A Promoção da Saúde, no Brasil, é um dos eixos da proposta de Atenção Básica à Saúde e constitui-se em uma estratégia de articulação transversal da saúde⁽²¹⁾.

Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), a Promoção da Saúde partindo da definição de Promoção da Saúde refere-se a ações exercidas sobre os condicionantes e determinantes e que estão dirigidas a provocar impacto favorável na qualidade de vida das populações. Além das ações intersetorial e intrasetorial, ainda se caracteriza por ações de ampliação da consciência sanitária, dos direitos e deveres, enfim de ampliação de poder de cidadania. Ações de promoção de saúde como práticas sanitárias referem-se a práticas coletivas, voltadas para a definição de políticas, preservação e proteção do ambiente físico e social, com o apoio de informação, educação e comunicação dirigida aos profissionais e à população⁽²¹⁾.

A análise das ações que compõem a competência C – Promoção da Saúde do ACS permitiu observar que estas encontram-se em consonância com as proposições de Promoção da Saúde descritas anteriormente.

No Brasil, na última década, a Promoção da Saúde foi, predominantemente, operada de forma fragmentada na estrutura institucional das diversas esferas gestoras do SUS. No entanto, o amadurecimento da concepção da Promoção da Saúde enquanto componente indispensável para a consolidação da integralidade da atenção e o reconhecimento da necessidade de se consolidar parcerias intersetoriais para alcance da qualidade de vida dos sujeitos e coletividades fortaleceu os movimentos e as pactuações, que culminaram, em 2006, com a inclusão da Promoção da Saúde dentre as prioridades do Pacto pela Saúde, favorecendo a institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio da Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006⁽²¹⁾.

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes — modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Para o alcance desse objetivo, a Promoção da Saúde precisa ser compreendida como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida⁽²¹⁾.

As características do trabalho dos ACS, da sua formação profissional, da sua inserção na equipe e na equipe, corroboram para que seu trabalho seja mais efetivo para o SUS tomar como foco a Promoção da Saúde.

A aposta que se faz aqui na prática de Promoção da Saúde do ACS deriva do fato de que ao incorporar o ACS no processo de trabalho em saúde visualiza-se a possibilidade de que esse profissional consiga realizar ações que visem ao fortalecimento da comunidade no enfrentamento de seus problemas de saúde⁽¹²⁾. Contudo, os gestores locais de saúde em conjunto com os demais profissionais de saúde que atuam com ACS devem ajudar este último a desenvolver ações que

tenham a face mais voltada à Promoção da Saúde, pois pode facilmente vir a exercer um papel de subordinação da comunidade à ordem higienista e biologicista da saúde.

A partir dessas e de outras reflexões realizadas sobre o ACS no Brasil, pode-se dizer que há muito a se pesquisar e a se investir para o aprimoramento desse “novo” profissional de saúde para o SUS.

Busca-se, com este estudo, identificar as potencialidades dos ACS para efetivação da estratégia de Promoção da Saúde na ESF e na Atenção Básica. Este estudo relaciona-se com o eixo da Promoção da Saúde de reorientação dos serviços, que defende que a reorientação dos serviços requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde.

1.4. JUSTIFICATIVA E PERGUNTA DA PESQUISA

A Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas⁽²²⁾.

As potencialidades do ACS na Atenção Básica apresentam-se como peça fundamental no envolvimento da população para o enfrentamento dos problemas de saúde, principalmente na modificação das condições de vida que prejudicam os potenciais de benefício da saúde⁽¹⁷⁾.

Cabe-nos, agora, cada vez mais buscarmos referências interpretativas para compreendermos e desenvolvermos ações de Promoção da Saúde na prática do ACS. Retomando as competências propostas pelo MS para o ACS em 2004, e mais especificamente no que tange as ações de saúde que contemplam a competência de Promover a Saúde, deve-se fazer a ligação entre as particularidades culturais e o

contexto social para que as orientações comunitárias ganhem significado para a população e ela possa desenvolver um controle sobre os fatores que influenciam sua saúde.

Frente à importância de investigar a realização das ações de saúde que contemplam a competência de Promoção da Saúde pelos ACS, e tomando a questão de que as pesquisas anteriores sobre as ações do ACS na Promoção da saúde foram realizadas em municípios de médio e grande porte, este estudo pretende aprofundar as questões relativas às ações de Promoção da Saúde na prática do ACS em municípios de pequeno porte no Estado de São Paulo. Escolheram-se cinco municípios pertencentes ao Colegiado Gestor Regional (CGR) Alto Capivari, da DRS XI Presidente Prudente, onde os recursos financeiros para saúde são escassos e a dinâmica das ações de saúde referente à Atenção Básica apresenta-se de forma diferenciada, segundo os meios disponíveis para sua operacionalização. A hipótese que norteia essa pesquisa é tentar verificar se em locais com pouco recurso com relação a serviços de saúde de média e alta complexidade ocorre um maior investimento em práticas de promoção da saúde.

Busca-se, com esta pesquisa, responder à questão “Quais são as potencialidades dos ACS que atuam em pequenos municípios em operacionalizar as ações de saúde que contemplam a competência Promoção da Saúde e promover o “empowerment” individual e comunitário frente à estrutura e aos recursos disponíveis na Atenção Básica local?”.



OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar as potencialidades do Agente Comunitário de Saúde na operacionalização da Promoção da Saúde nos municípios que compõem o Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, da DRS XI de Presidente Prudente.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos ACS;
- Descrever a frequência de ocorrência das cinco competências propostas pelo Ministério da Saúde para os ACS;
- Descrever a frequência de ocorrência das ações que compõem a competência Promoção da Saúde;
- Analisar as ações vinculadas à competência de Promoção da Saúde segundo seu potencial para o fortalecimento das comunidades.



REFERENCIAL TEÓRICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O movimento da Promoção da Saúde teve 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^(23,24).

Como estratégia de ação e enfrentamento, o Informe Lalonde dividia o campo da saúde em quatro componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde. O maior enfoque se dava na mudança dos estilos de vida, sob o prisma individual, comportamental e preventivo. Diversas críticas foram feitas a esse documento, principalmente no que se refere à ênfase das intervenções unilaterais sobre os estilos de vida, intervenções essas que tiveram impacto pouco satisfatório sobre as condições de vida da população marginalizada⁽¹³⁾. Tal constatação estimulou, nos anos 1980, alguns filósofos, como Labonté, a alertar publicamente que a perspectiva behaviorista de Promoção à Saúde, ao obter impacto limitado sobre a população marginalizada e estruturas sociais causadoras da não saúde, poderia servir de anteparo à implementação de políticas neoliberais socialmente restritivas, culpabilizando, no processo, as vítimas da iniquidade social. Esses limites teóricos e práticos da abordagem behaviorista estimulam a criação de uma corrente com perspectiva socioambiental, denominada “Nova Promoção à Saúde”, que visava a novas ideias, linguagens e conceitos sobre o que é saúde e apontou novos caminhos para produção da saúde. Esse ideário está detalhado em inúmeros documentos, merecendo destaque, dentre outros, a Carta de Ottawa, produzida na I Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada em 1986⁽²⁵⁾.

A Carta de Ottawa 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 desse processo. Apresenta-se como documento de referência para a Promoção da Saúde. Ela propõe cinco estratégias centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária;

desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos sistemas e serviços da saúde⁽²⁶⁾.

O conceito de Promoção da Saúde, hoje vigente, recebeu contribuição significativa da Carta de Ottawa, por associá-lo a um conjunto de valores, como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Traz a combinação entre ações do Estado, comunidade, indivíduos, sistema de saúde e parcerias intersetoriais, o que caracteriza a responsabilização múltipla em relação aos problemas e às soluções⁽²⁷⁾.

As conferências internacionais seguintes não apenas reafirmaram os cinco eixos de atuação já apresentados na Carta de Ottawa, mas ampliaram diversos temas. A II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1988, em Adelaide (Austrália), teve como tema central as políticas públicas voltadas para a saúde. Quatro áreas foram priorizadas: saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e criação de ambientes favoráveis⁽²⁸⁾.

Em Sundsvall (Suécia), 1991, ocorreu a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, com a temática Ambientes Favoráveis à Saúde. Esse evento repercutiu a criação da Declaração de Sundsvall, que examina a situação de pobreza e privação, em ambiente altamente degradado, que ameaça cada vez mais a saúde. Mostra que, doravante, o caminho deve ser o de tornar o ambiente físico, social, econômico ou político cada vez mais propício à saúde^(26,28).

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Jacarta (Indonésia), em 1997, teve como tema central a Promoção da Saúde no século XXI. Foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à Promoção da Saúde. Ressaltou em seu produto final — a Declaração de Jacarta — a paz, o abrigo, a instrução, a segurança social, as relações sociais, o alimento, a renda, o direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, o uso sustentável dos recursos, a justiça social, o respeito aos direitos humanos e a equidade com os elementos necessários e indispensáveis à saúde⁽²⁸⁾.

Na Cidade do México (México), em 2000, a V Conferência Internacional de Promoção da Saúde deu ênfase à importância de ações de Promoção da Saúde em nível local, nacional e internacional, por meio dos programas e de políticas governamentais, confirmando a necessidade de ações intersetoriais⁽²⁸⁾.

Em 2005, na cidade de Bangkok (Tailândia), foi realizada a VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde. O evento reforçou as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, em que se incluem as doenças cardíacas, câncer e diabetes. Levantou a necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde, como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente. Procurou dar uma nova direção para a Promoção à Saúde, buscando alcançar saúde para todos a partir de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática⁽²⁸⁾.

A VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Nairóbi (Quênia), em 2009, reforçou a importância do fortalecimento da autonomia comunitária como um componente essencial da Promoção da Saúde. Nesse evento, foi destacado que as melhorias sustentáveis nos padrões de saúde das comunidades podem ser obtidas por meio da resposta aos problemas das comunidades e da avaliação para a partilha de ideias, opiniões e perspectivas dos atores⁽²⁹⁾.

Outras conferências aconteceram de forma regional, enfatizando problemas específicos de alguns países das Américas e da Europa: Santa Fé de Bogotá (1992), necessidade de criação de estratégias para a Promoção da Saúde na América Latina; Caribe (1993): reforçar a Promoção da Saúde e propor estratégias; Canadá (1996): destaque para um novo discurso em saúde, com objetivo de reorientação das estratégias de Promoção da Saúde; Genebra (na Suíça) (1998): enfatizar melhorias na base de informação da promoção, desenvolvimento em saúde, intersetorialidade e distribuição de recursos para a saúde⁽²⁸⁾.

A partir das Conferências Internacionais de Promoção à Saúde, o movimento da Promoção da Saúde tem buscado pactuar suas diretrizes e bases conceituais, e a partir daí cada grupo de pesquisadores, políticos e profissionais de saúde tem atuado no âmbito que lhe cabe para, de fato, operacionalizar a Promoção da saúde. Em função dessas conjunturas, diferentes abordagens teórico-práticas de Promoção da Saúde têm sido operacionalizadas. Discute-se um pouco disso a seguir.

3.1 MODELOS ANALÍTICOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Buscando dar conta de diferentes definições de saúde, articulam-se dentro do campo da Promoção da Saúde diferentes estratégias de promoção, organizadas em distintos grupos classificatórios. Com o objetivo de sistematizar o trabalho de Promoção da Saúde, vários autores classificaram a promoção da saúde em paradigmas, modelos, enfoques e modos de trabalho⁽³⁰⁾.

Russel Caplan faz uma análise da Promoção da Saúde do ponto de vista das teorias sociais. Para esse autor, existem quatro diferentes abordagens de Promoção da Saúde passíveis de serem elaboradas com base na forma como se articulam as concepções de sociedade; as fontes dos problemas de saúde; e objetivos do trabalho no campo da saúde. Os quadrantes de Promoção da Saúde propostos por Caplan⁽³¹⁾ e apresentados na figura 1, a seguir, são baseados no diagrama de Burrell e Morgan, de 1985, e dividem-se em radicalismo, radicalismo estruturalista, humanismo e tradicionalismo funcionalista⁽³¹⁾.

Figura 1 – Diagrama de Burrell e Morgan 1985 *apud* Caplan 1993



Fonte: Figura de Burrell e Morgan 1985 *apud* Caplan R. The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. *Health Promotion International*. 1993;8(2):147-157.

Baseado nesse diagrama, os paradigmas de Promoção da Saúde podem, por um lado, valorizar a subjetividade das relações ou os aspectos objetivos das sociedades em suas ações, e, por outro lado, visar à regulação ou à transformação radical como forma de resolver os problemas de saúde⁽³⁰⁾.

O quadrante regulatório objetivo, chamado por Caplan⁽³¹⁾ de paradigma funcionalista, tem como base uma concepção de saúde como ausência de doença. Uma intervenção típica do paradigma funcionalista seria a ação legislativa (impositiva) para a mudança de comportamento no sentido de as pessoas adotarem estilos de vida mais saudáveis⁽³⁰⁾.

O quadrante regulatório subjetivo foi denominado por Caplan de paradigma humanista. Como esse paradigma valoriza a subjetividade dos seres humanos, caracteriza-se por intervenções no sentido da conscientização e do autoempoderamento. Um exemplo de intervenção nessa perspectiva seria a formação e o desenvolvimento de grupos de autoajuda para apoiar mudanças de estilo de vida ou compartilhar dificuldades comuns⁽³⁰⁾.

O quadrante de transformação radical objetiva recebeu o nome de paradigma radical estruturalista. Esse paradigma está baseado no entendimento de que os conflitos sociais estão alicerçados na iniquidade de nosso sistema econômico. As intervenções em Promoção da Saúde, segundo esse paradigma, são, tipicamente, o desenvolvimento de políticas públicas que objetivem a contestação do “status quo” e o aprofundamento da relação entre saúde e estrutura econômica⁽³⁰⁾.

O quadrante da transformação radical subjetiva foi intitulada por Caplan de paradigma radical. Esse paradigma também está pautado por uma visão opressiva e alienante da sociedade e suas formas típicas de intervenção definem que para sair da opressão e da alienação é preciso investir no desenvolvimento comunitário e/ou no empoderamento comunitário⁽³⁰⁾.

As reflexões sobre o conceito de saúde e sua articulação com os outros âmbitos da vida deram suporte para a construção de outro modelo teórico para compreensão da Promoção da Saúde. O modelo construído pelo filósofo Ronald Labonté está apresentado na figura 2, na sequência. Tal modelo representa um conceito dialético para a saúde e o bem-estar e destaca a existência de dimensões e

interfaces que expressam a complexidade e a dinamicidade contida no processo saúde-doença, a partir da lógica do paradigma crítico da Promoção da Saúde⁽³²⁾.

Figura 2 – Diagrama de saúde e bem-estar



Fonte: Figura adaptada de Labonté R. Health Promotion and empowerment: practice frameworks. Toronto: Center for Health Promotion, University of Toronto; 1993.

O modelo de Labonté⁽³²⁾ extrapola a abordagem biomédica (centrada na doença) e comportamental (com ênfase nos fatores de risco e estilos de vida) das ações em saúde, agregando a positividade dos modelos antecessores às perspectivas socioambiental e emocional, intrínsecas ao processo saúde-doença. O diagrama ou holosfera de Labonté⁽³²⁾ mostra as dimensões da saúde individual, bem como as intersecções entre elas, que representam o alcance do poder do indivíduo para controlar e alterar os determinantes de sua saúde. A intersecção de todas as dimensões expressa o bem-estar possível em um determinado momento histórico dentro de um contexto macroestrutural da sociedade⁽³³⁾.

As três dimensões que compõem o modelo de Labonté⁽³²⁾ são: *Física ou Energia vital*, relacionada ao grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar as atividades de vida diária; a *Emocional ou Projeto de Vida*, que representa

as emoções, as aspirações e desejos, que incidem sobre o significado e o sentido de viver projetado pelo indivíduo; a *Social ou Vida comunitária*, que expressa os relacionamentos e as interações do indivíduo em seu entorno, por meio das representações e demais instituições sociais⁽³³⁾.

A intersecção dessas dimensões da saúde ressalta os campos de ação da Promoção da Saúde em conjunto com indivíduos e grupos. Um desses campos de ação é o Controle sobre a vida. A ação sobre esse campo implica na ampliação do poder social dos grupos para exercer sua liberdade e participar socialmente para transformar a realidade. Outro campo de ação é o que se refere às habilidades para fazer o desejado. A ação sobre esse campo compreende a capacidade que o indivíduo apresenta para tomar decisões que resultem em sua autorrealização e outras conquistas pessoais. O outro campo de ação da Promoção da Saúde é o das relações sociais. As ações sobre esse campo contemplam o potencial individual e/ou grupal de construir redes sociais, ter e manter relações participativas e solidárias com familiares, amigos, vizinhos, representantes comunitários e governamentais⁽³³⁾.

O trabalho dos profissionais de saúde na perspectiva da Promoção pode ser fortalecido se considerar também outros conceitos teóricos explicativos das dimensões e dos campos de ação tratados anteriormente; são eles os conceitos teóricos de *Resiliência, Autonomia e Empowerment*.

O conceito de Resiliência ajuda a explicar como é possível construir espaços sociais positivos diante das adversidades, a fim de desfrutar de boas experiências no contexto de vida e trabalho. O conceito de Autonomia abrange a relação da vitalidade física com o projeto de vida, para atribuir um sentido positivo ao viver e por atribuir aos indivíduos e grupos sociais a capacidade por decidir sobre esse sentido positivo de viver. O conceito de “Empowerment” Comunitário ajuda a compreender a construção dos projetos futuros dos indivíduos no interior das relações sociais para gerar processos de transformação sobre os condicionantes e determinantes da vida⁽³⁴⁾.

Para esta pesquisa, a noção de “Empowerment” é importante e seu conceito é complexo e toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma ideia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social”, presentes na sociedade dos países desenvolvidos na

segunda metade do século XX. Nos anos 1970, esse conceito foi influenciado pelos movimentos de autoajuda, e, nos 1980, pela psicologia comunitária. Na década de 1990, recebeu o influxo de movimentos que buscavam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social, dentre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico⁽²⁵⁾.

O conceito “Empowerment” apresenta múltiplos sentidos. Adota-se nesta pesquisa o conceito de “Empowerment” Comunitário, que consiste no processo de capacitação que habilita a população a exercer o controle de seu destino, promovendo a melhoria das suas condições de vida e saúde⁽³⁵⁾. Um aspecto central do “Empowerment” Comunitário consiste na possibilidade de os indivíduos e os coletivos desenvolverem competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política. Ser dono do próprio destino é um processo e uma condição que demandam a aquisição de competências, tais como o desenvolvimento da autoestima e da confiança pessoal; a capacidade de analisar criticamente o meio social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para as ações social e política⁽²⁵⁾.

A operacionalização do “Empowerment” Comunitário deve partir de uma ação que seja mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, deve buscar apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises para que tomem as decisões que considerem corretas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade⁽²⁵⁾. Ao desenvolver ações que potencializam o “Empowerment” Comunitário, alicerça-se a concretude da Promoção da Saúde.

Nessa perspectiva, esta pesquisa aposta em uma prática do ACS dirigida ao “Empowerment” Comunitário, que pode ser estimulada por meio das ações de saúde desenvolvidas pelo profissional Agente Comunitário de Saúde.

3.2 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE AS TEORIAS PARA A PESQUISA E A PRÁTICA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para Nutbeam e Haris⁽³⁶⁾, os programas de Promoção da Saúde mais exitosos são aqueles que apresentam grande compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, aqueles que direcionam seu foco (e eram motivados) para as necessidades de saúde da população-alvo e aqueles que compreendiam amplamente o contexto (político, social e de saúde) no qual o programa estava sendo desenvolvido.

De acordo com esses autores, a utilização de referenciais teóricos adequados na construção e na implantação de programas de Promoção da Saúde pode ajudar a alavancar o programa de diversas formas, como: levando a equipe a entender melhor a natureza do problema que se quer enfrentar; a descrever e explicar as necessidade e motivações da população que se toma como objeto; a fazer proposições mais adequadas sobre como mudar o perfil de saúde, agindo na mudança de comportamentos e de determinantes, e informando-a sobre métodos e medidas para monitorar problemas e programas de intervenção⁽³⁶⁾.

A proposta teórica para as mudanças nas práticas de saúde comunitárias para Nutbeam e Haris⁽³⁶⁾ baseia-se no fato de que a saúde é um conceito muito complexo e pode ser influenciada por diversos fatores. Assim, os comportamentos ligados à saúde podem ser determinados por estruturas sociais e pelo ambiente social em geral, pois as pessoas sentem-se, e de fato estão, ligadas ao meio onde vivem. Quando se busca mudanças de comportamentos, é preciso entender o impacto que as estruturas sociais podem exercer, antes de se buscar realizar mudanças comportamentais, objetivando comportamentos mais saudáveis. Por isso, as práticas de Promoção da Saúde para as comunidades devem ser implementadas por meio de um sistema dinâmico, que considera as dimensões social, cultural e de organização dos serviços de saúde. Essas práticas devem apostar na utilização de estratégias próprias e possuem capacidade de influenciar na melhoria da qualidade de vida das comunidades⁽³⁶⁾.

Nutbeam e Haris⁽³⁶⁾, na sua busca por fornecer ancoragem teórica às práticas de Promoção da Saúde, organizaram uma revisão de teorias sociais, comportamentais

e comunicacionais que foram utilizadas para organizar e analisar diferentes programas de Promoção da Saúde. A síntese dessa revisão está sumarizada no quadro a seguir:

Quadro 1 – Teorias sociais, comportamentais e comunicacionais que explicam mudanças nos âmbitos individual e coletivo e os Modelos teóricos construídos para dar suporte às ações de Promoção da Saúde, apresentados por Nutbeam e Haris⁽³⁶⁾:

Teorias sociais, comportamentais e comunicacionais que explicam mudanças nos âmbitos individual e coletivo	Modelos teóricos construídos para dar suporte às ações de Promoção da Saúde
1) Teorias que explicam comportamentos de saúde e mudança desses comportamentos ao focar o indivíduo.	Modelo de crença na saúde; Teoria de ação racional; Modelo transteórico (estágios de mudança); Teoria cognitiva social.
2) Teorias que explicam mudanças na comunidade e ação comum para saúde.	Difusão de inovação; Organização de comunidade e construção de comunidade.
3) Teorias que orientam o uso de estratégias de comunicação para mudanças para promover saúde.	Modelo de mudança comunicação/comportamento; Marketing social.
4) Modelos que explicam mudanças em organizações e a criação de práticas organizacionais de apoio à saúde.	Teorias de mudança organizacional; Modelos de ação entre os setores.
5) Modelos que explicam o desenvolvimento e a implementação de política pública de saúde.	Uma estrutura para fazer política pública de saúde; Fazer política baseada em evidências para promover a saúde; Estimativa do impacto e estimativa do impacto sobre a saúde.

Fonte: Nutbeam D, Haris E. Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories. 2ª ed. Austrália: McGraw-Hill; 2005.

Dentre os modelos teóricos para a Promoção à Saúde apresentados por Nutbeam e Haris⁽³⁶⁾, escolheu-se discutir mais amplamente nesta pesquisa o modelo teórico que trata da “**Organização de comunidade e construção de comunidade**” dentro das Teorias que explicam mudanças na comunidade e ação comum para saúde.

Esse modelo teórico foi escolhido pois permite analisar as ações de saúde desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, no que tange as questões envolvidas com a dinâmica da comunidade e que impulsionam o fortalecimento “Empowerment” para a melhoria das condições de vida e saúde da população adstrita. Destacamos as ações inerentes aos ACS por este ser membro da equipe de saúde e ter uma identidade cultural e padrões de linguagens comuns à população da qual é responsável.

3.2.1 – Modelo de organização da comunidade e construção da comunidade

O trabalho com comunidades locais ou comunidades de interesse (ex.: grupos indígenas, grupos de homossexuais, etc.) tem sido uma estratégia central da Promoção da Saúde, para aprimorar os perfis de saúde ou para resolver um problema específico. Nessa perspectiva, a “organização comunitária” é definida como o processo pelo qual grupos comunitários são “ajudados” a identificar problemas comuns e objetivos, mobilizar recursos e, de alguma forma, desenvolver e implementar estratégias para atingir os objetivos coletivamente construídos. Diversas estratégias para a organização comunitária já foram utilizadas, dentre elas destaca-se a tipologia proposta por Rothman, que identifica três modelos de atuação: **desenvolvimento local, planejamento social e ação social**⁽³⁶⁾.

O *desenvolvimento local* prioriza a participação comunitária e suas formas de promover a autonomia. É um processo que se baseia no consenso e na capacidade de construção comunitária para definir e solucionar problemas da comunidade. O profissional de saúde, nessa estratégia, assume o papel de facilitador desse processo de construção comunitária, e não o de líder⁽³⁶⁾.

O *planejamento social* define-se por uma tarefa autogerida e orientada, baseada em uma aproximação empírico-racional da definição de problema. Envolve a participação profissional no planejamento de soluções que possam atingir a epidemiologia dos problemas de saúde⁽³⁶⁾.

O *modelo de ação social* caracteriza-se pela união dos modelos de desenvolvimento local e planejamento social, construído pela capacidade em favor das desvantagens. A base desse processo é o deslocamento de poder nas relações e nos recursos, sendo que o profissional de saúde desempenha o papel de defensor de algumas ações e mediador dos conflitos⁽³⁶⁾.

Assim, a tipologia proposta por Rothman⁽³⁷⁾ deixa claro que nenhum dos modelos é exclusivo e enfatiza que a mobilização comunitária pode tender para um ou, até mesmo, para os três modelos propostos. Algumas críticas foram feitas em relação ao uso do termo desenvolvimento local, pois este implica em um modelo de organização comunitária aplicável somente para comunidades geograficamente definidas. Uma alternativa sugerida seria a utilização do termo desenvolvimento comunitário, pois, quando se pensa em organização comunitária, entende-se algo que reúne o individual, grupos comunitários, trabalhadores da saúde e líderes comunitários, sendo esta uma estrutura favorável para que intervenções sejam planejadas e implementadas em diversos níveis, ou seja, a base de atuação seria a intersetorialidade⁽³⁷⁾.

A tipologia de Rothman⁽³⁷⁾ também é criticada por apresentar falhas no que se refere à necessidade de ajuda e ao suporte profissional para o desenvolvimento de abordagens e problemas, além da falha na construção da capacidade das comunidades e no incentivo ao “empowerment” comunitário.

Minkler⁽³⁸⁾ é outro autor que, segundo Nutbeam e Haris⁽³⁶⁾, tem trabalhado na construção de modelos teóricos para a Promoção da Saúde na perspectiva da organização da comunidade. A diferença no conceito de organização comunitária, proposto por Rothman⁽³⁷⁾, e a construção comunitária, proposta por Minkler⁽³⁸⁾, está no conceito de “empowerment” e construção da capacidade. Minkler⁽³⁸⁾ define “empowerment” como um processo de ação social em que o indivíduo, a comunidade e as organizações ganham o domínio sobre suas vidas no contexto de mudança de seu envolvimento social e político, para melhorar a equidade e a

qualidade de vida. O “empowerment” torna-se um recurso fundamental que pode ser usado em diversas situações na melhoria de oportunidades para a saúde.

Ainda nessa perspectiva de se pensar a organização e a construção comunitária, Rissel⁽³⁹⁾ propõe uma estratégia de avaliar o “empowerment” das comunidades.

Ao pensar na avaliação do empowerment desenvolvido pelas comunidades, Rissel⁽³⁹⁾ propõe o “empowerment” contínuo, que ajuda a diferenciar entre os estágios de desenvolvimento do “empowerment”, tanto aplicável a indivíduos como a comunidades. Segundo esse autor, os estágios de desenvolvimento do “empowerment” são:

- **Estágio 1:** Os profissionais de saúde podem trabalhar com pessoas, de forma a aumentar sua autoconfiança na capacidade de gerar mudanças;
- **Estágio 2:** O envolvimento em grupos de suporte mútuo, autoajuda ou construção de grupos de ação e expansão de redes sociais, que forneçam oportunidades para favorecer o desenvolvimento social.

No processo de desenvolvimento dos “empowerments” individual e comunitário, as pessoas aprendem novas habilidades, com as quais se capacitam para utilizá-las em outras situações, além de construir a capacidade das comunidades, de resolver seus problemas. Quando a comunidade torna-se mais fortalecida, é possível uni-la para se trabalhar com problemas mais específicos e, assim, obter ações mais engajadas política e socialmente⁽³⁶⁾.

O desenvolvimento da capacidade comunitária define-se pela capacidade das comunidades em identificar, mobilizar e chamar a atenção para problemas sociais e de saúde pública. A exemplo disso pode-se observar o trabalho desenvolvido pelos líderes comunitários, que compartilham informações para a resolução de problemas identificados na comunidade⁽³⁶⁾.

Ao se pensar na capacidade comunitária, deve-se entender o seu desenvolvimento e dominar instrumentos para identificar e monitorar tal desenvolvimento. Assim, o trabalho dos profissionais de saúde no trabalho com a comunidade fica facilitado e interessante, à proporção que são medidos os resultados alcançados⁽³⁶⁾.

Os autores Bush, Dower e Mutch⁽⁴⁰⁾, segundo Nutbeam e Haris⁽³⁶⁾, identificaram quatro domínios da capacidade comunitária que precisam ser levados em conta quando se pretende analisar o grau de capacidade comunitária de uma comunidade:

- **Rede de parcerias:** Analisam-se as parcerias existentes entre grupos e organizações dentro de uma mesma comunidade. Na identificação das redes de parceria, avalia-se também a qualidade e a natureza do envolvimento dessas parcerias;
- **Transferência de conhecimento:** Aqui se analisa como ocorre a troca de informações dentro de um mesmo grupo, rede ou comunidade;
- **Resolução de problemas:** Aqui o foco é verificar a habilidade de grupos dentro de uma mesma rede ou comunidade de recorrer a métodos já conhecidos para identificar e resolver problemas que possam surgir no desenvolvimento de uma atividade ou programa;
- **Infraestrutura:** Este item refere-se ao nível de investimento realizado na rede ou nos grupos. Esses investimentos são do tipo políticas públicas ou protocolos existentes para o enfrentamento de um dado problema; existência de capital social, humano e financeiro e investimentos na formação dos mesmos. Neste item, é importante lembrar que ao se construir a capacidade comunitária está-se construindo a sustentabilidade dessa comunidade.

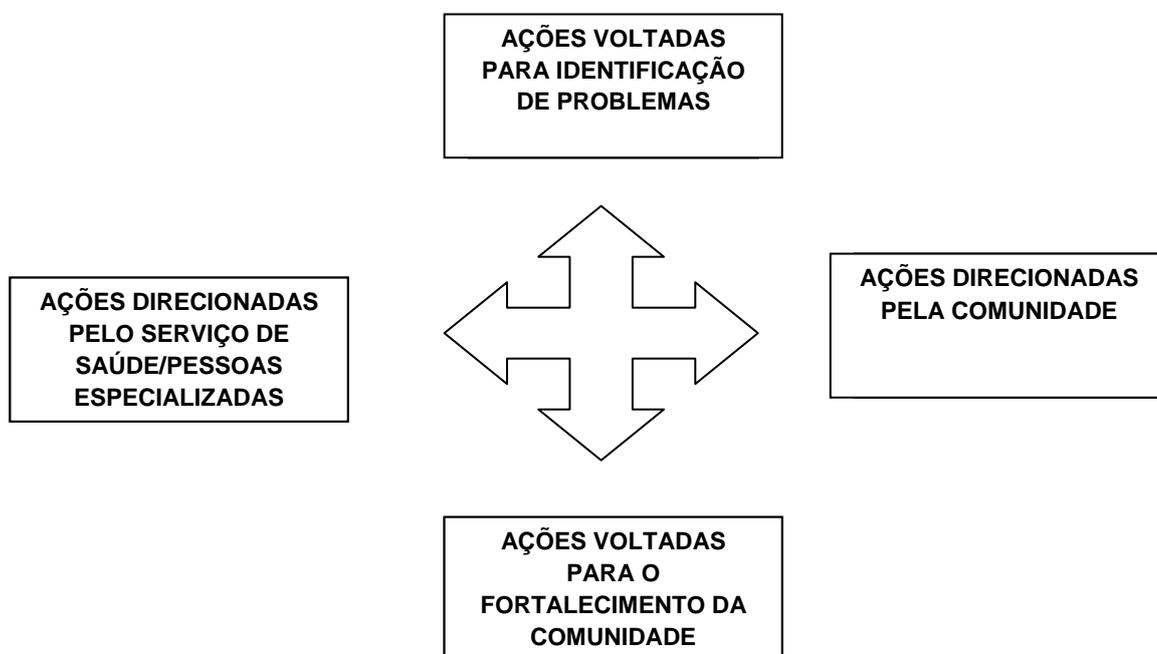
Ao se pensar no trabalho na (e com a) comunidade, é preciso atentar-se para o que foi priorizado por ela como sendo um problema. Mesmo sendo este de baixa relevância epidemiológica, é preciso negociar as diferentes perspectivas e planejar ações efetivas frente às necessidades levantadas⁽³⁶⁾.

Os profissionais na Promoção da Saúde representam uma figura importante em cada tipo de atividade. Em função de as abordagens terem como base a avaliação das necessidades, bem como o empenho e a capacidade das comunidades, tais profissionais contribuem para o aumento da capacidade comunitária, favorecendo o movimento de transformar comunidades suscetíveis em comunidades sustentáveis em longo prazo⁽³⁶⁾.

A figura 3, na sequência, faz uma síntese das dimensões da organização comunitária e da capacidade de construção comunitária aqui discutida. Como propõe a figura 3, as ações de construção de capacidades comunitárias deslocam-se em dois eixos: o eixo vertical é composto por gradientes que vão de **ações voltadas para identificação de problemas** e **ações voltadas para o fortalecimento das comunidades**; o eixo horizontal é composto por gradientes que vão de **ações direcionadas pelo serviço de saúde/pessoas especializadas** e **ações direcionadas pela comunidade**. A intersecção desses quatro eixos de atuação dá a ideia de complementaridade das ações desenvolvidas rumo à Promoção da Saúde.

Ao se pensar na Promoção da Saúde, espera-se que as ações que se localizam no quadrante inferior direito desta figura 3 sejam as mais indicativas de desenvolvimento de capacidades comunitárias⁽³⁶⁾.

Figura 3 – Síntese das dimensões da organização comunitária e da capacidade de construção comunitária



Fonte: Figura adaptada de Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories. 2ª ed. Austrália: McGraw-Hill; 2005.

A análise desse modelo teórico revela que existem limitações em sua utilização. Uma delas é que a construção comunitária com base no “empowerment” é bastante atrativa, mas difícil de ser posta em prática. Esse processo requer dedicação, alto nível de confiança e compromisso entre os envolvidos para o abandono do poder, principalmente pelos trabalhadores da saúde. Outra limitação desse modelo é a linha tênue que pode excluir os profissionais de saúde e os gestores públicos de suas responsabilidades frente às comunidades e passar a estas a responsabilidade de resolução de seus problemas, independentemente das causas. Além disso, mesmo se trabalhando com líderes comunitários, os trabalhadores da saúde podem acrescentar mais poder (empower) aos que já estão “empoderados” e continuar marginalizando aqueles que são desprivilegiados⁽³⁶⁾.

Assim, interpretando as Teorias de Promoção da Saúde, precisa-se tomar o cuidado de não transferir toda responsabilidade do processo de fortalecimento das comunidades a um único ator: o ACS. As ações de Promoção da Saúde devem ser desenvolvidas pelo conjunto serviços de saúde e comunidade⁽³⁶⁾.



METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

A pesquisa materializa-se quando o cientista identifica um problema e se propõe a buscar soluções para ele. Pensando nesses termos, a pesquisa diz respeito à construção de conhecimento original dentro de um conjunto de regras e princípios denominados científicos. Tal conhecimento pode ser de ordem teórica ou empírica, embora uma não esteja dissociada da outra. Nessa direção, a pesquisa social pode ser definida como uma forma de conhecimento que se caracteriza pela construção de evidência empírica elaborada a partir da teoria, aplicando regras explícitas de procedimento. Com base nessa definição, pode-se inferir que, em toda pesquisa, estão presentes três elementos que se articulam: marco teórico, objetivos e metodologias⁽⁴¹⁾.

As reflexões em relação à pesquisa permitem inferir que fazer pesquisa não significa simplesmente coletar dados, mas, fundamentalmente, coletar dados e analisá-los à luz de uma teoria, um método, revelando uma organicidade entre a pergunta formuladora e a realidade abordada⁽⁴¹⁾.

A metodologia é o caminho e o instrumental 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⁽⁴²⁾.

Esta pesquisa buscou “iluminar” alguns aspectos relativos ao trabalho dos ACS na ESF. A abordagem metodológica escolhida para o seu desenvolvimento foi a quanti-qualitativa.

A finalidade deste estudo é capturar o objeto do estudo (o trabalho do ACS) em sua dinamicidade, a partir dos dados que compõe a quantidade e a qualidade das práticas de saúde desenvolvidas por esses profissionais, com vistas a se analisar o quanto essas práticas se aproximam ou distanciam das ações de Promoção da Saúde na perspectiva do “empowerment”.

4.1. CENÁRIO DO ESTUDO

Esta pesquisa teve como cenário de estudo o Colegiado de Gestão Regional (CGR) Alto Capivari, pertencente à DRS XI Presidente Prudente. Esse CGR é composto pelos municípios de Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá e Rancharia. O Colegiado Gestor Regional é um espaço permanente de pactuação, cogestão solidária e cooperação das regiões de saúde que tem como objetivo fundamental garantir o cumprimento dos princípios do SUS. É imprescindível para a qualificação do processo de regionalização, sendo composto por todos os gestores municipais de saúde do conjunto de municípios que integram uma Região de Saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais) envolvido(s). Os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) são departamentos responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e os organismos da sociedade civil. A Secretaria de Estado da Saúde possui dezessete DRS⁽⁴³⁾.

Figura 4 – Departamentos Regionais do Estado de São Paulo, 2007



Fonte: São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Regionais de saúde. São Paulo; 2007. [citado 2011 Out 10]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>.

Figura 6 – Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011



Fonte: Figura adaptada de São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde (SES). As regiões de saúde do Estado de São Paulo. São Paulo; 2007. [citado 2011 Out 10]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/homepage/acesso-rapido/regionalizacao-da-saude/as-regioes-de-saude-do-estado-de-sao-paulo>.

Considerando que, embora exista um esforço estadual em organizar e fornecer diretrizes para a saúde nas regiões do Estado de São Paulo, no que tange as ações de AB e mais especificamente da ESF, os municípios têm total autonomia na organização, na implementação e na avaliação dessas ações. Assim, cabe uma descrição da especificidade político-demográfica dos municípios que compõem a CGR de Alto Capivari.

O município de Iepê apresenta população igual a 7628 mil habitantes; a rede de serviços de saúde local é composta por um hospital geral, um ambulatório de especialidades médicas e não médicas (Psicologia, Fonoaudiologia, Assistência

Social, Saúde Bucal, Fisioterapia) e três unidades básicas de saúde. Esses equipamentos prestam serviços de internação, atendimento de urgência, consultas de especialidades, diagnose e terapia, atendimentos de promoção da saúde, prevenção e tratamento de patologias. A implantação das equipes de Saúde da Família teve início em junho de 2000. O trabalho dos ACS nesse município existe desde 1998. O município apresenta duas equipes de Saúde da Família com estimativa de 88,38% de cobertura populacional e quinze Agentes Comunitários de Saúde, com estimativa de 100% de cobertura populacional^(44, 45, 46).

O município de João Ramalho apresenta população igual a 4180 mil habitantes. A rede de serviços de saúde local é composta por uma unidade básica de saúde que oferece à população serviços de saúde nas modalidades de consultas de especialidades médicas e não médicas (Psicologia, Fonoaudiologia, Saúde Bucal, Fisioterapia); diagnose e terapia e atendimentos de Promoção da Saúde, prevenção e tratamento de patologias. A implantação das equipes de Saúde da Família teve início em setembro de 2000. O município apresenta duas equipes de Saúde da Família, com estimativa de 100% de cobertura populacional. Nesse município, trabalham dez Agentes Comunitários de Saúde com estimativa de 100% de cobertura populacional^(44, 45, 46).

Nantes, outro município do CGR, possui população igual a 2750 habitantes. A rede de serviços de saúde local é composta por uma unidade básica de saúde e uma unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia, que oferecem à população atendimentos de saúde de Psicologia, Assistência Social, Saúde Bucal, Fisioterapia, Fonoaudiologia, diagnose e terapia e atendimentos de Promoção da Saúde, prevenção e tratamento de patologias. A implantação da Saúde da Família teve início em setembro de 2000 e o trabalho dos ACS, em agosto de 1998, vinculado ao PACS e depois, em 2000, vinculou-se à ESF. O município apresenta uma equipe de Saúde da Família e seis ACS, com estimativa de 100% de cobertura populacional^(44, 45, 46).

O município de Quatá apresenta população igual a 12.909 habitantes. A rede de serviços de saúde local vinculada ao SUS é composta por quatro unidades básicas de saúde, um pronto socorro geral, um ambulatório de especialidades médicas e não médicas (Psicologia, Fonoaudiologia, Assistência Social, Saúde Bucal, Fisioterapia), uma unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia, que oferece à população

atendimento de urgência, consultas de especialidades, diagnose e terapia, atendimentos de promoção da saúde, prevenção e tratamento de patologias. A implantação das equipes de Saúde da Família teve início em dezembro de 1999 e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, em julho de 1998, vinculado ao PACS e, depois, em 1999, vinculou-se à ESF. O município apresenta quatro equipes de Saúde da Família, com estimativa de 100% de cobertura populacional; 27 ACS, que atendem 100% de cobertura populacional^(44, 45, 46).

O município de Rancharia, último a compor esse CGR, apresenta população igual a 28.809 mil habitantes. A rede de serviços de saúde local é formada por seis unidades básicas de saúde, um hospital geral, um centro de atenção psicossocial e um ambulatório de especialidades médicas e não médicas (Psicologia, Nutricionista, Fonoaudiologia, Assistência Social, Saúde Bucal, Fisioterapia), que oferecem os serviços de internação, atendimento de urgência, consultas de especialidades, diagnose e terapia, atendimentos de promoção à saúde, prevenção e tratamento de patologias. A implantação das equipes de Saúde da Família teve início em setembro de 2000 e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, em novembro de 1999, vinculado ao PACS e, depois, em 2000, vincula-se à ESF. O município apresenta oito equipes de Saúde da Família, com estimativa de 94,72% de cobertura populacional; 39 Agentes Comunitários de Saúde, com estimativa de 76,96% de cobertura populacional^(44, 45, 46).

As condições de vida da população que reside nos municípios do CGR Alto Capivari foi analisada a partir dos indicadores do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), indicadores que sintetizam a situação de cada município no que diz respeito a riqueza, escolaridade e longevidade. Para a Fundação SEADE existem cinco grupos de IPRS; os municípios classificados no grupo 1 são os melhores e os municípios no grupo 5 são os piores. No CGR Alto Capivari, os municípios de Iepê, João Ramalho, Quatá e Rancharia foram classificados, em 2008, com IPRS 4 e o município de Nantes, com IPRS 3. Isso nos mostra que a maioria dos municípios que compõem o CGR Alto Capivari estão classificados no grupo 4 do Indicador IPRS, o que indica que esses municípios apresentam baixos níveis de riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade. O município de Nantes e a Região Administrativa de Presidente Prudente, segundo a Fundação

SEADE, foram classificados no grupo 3 do IPRS. Esse grupo caracteriza municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores nas demais dimensões⁽⁴⁴⁾.

4.2. SUJEITOS DA PESQUISA

Foram sujeitos da pesquisa todos os ACS que trabalham nas dezessete equipes de Saúde da Família do CGR Alto Capivari. O critério para seleção dos sujeitos consistiu na aceitação voluntária em participar da pesquisa e não pertencer à equipe de Saúde da Família, cuja pesquisadora era enfermeira. Tentou-se, com isso, evitar possíveis desvios (viés) dos dados em função da influência da enfermeira na prática dos ACS. Dessa forma, dos 97 ACS que integravam a Saúde da Família do Colegiado em janeiro de 2011, 81 participaram da pesquisa, conforme nos mostra o quadro 2.

Quadro 2 – Identificação do total de ACS das equipes de Saúde da Família que compõem os municípios do Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, segundo a forma de participação na pesquisa, 2011.

Município	Total de equipes por município	Total de ACS por município	ACS que participaram da pesquisa	ACS que não participaram da pesquisa
Iepê	2 equipes	15	13	2
João Ramalho	2 equipes	10	10	–
Nantes	1 equipe	6	5	1
Quatá	4 equipes	27	19	8
Rancharia	8 equipes	39	34	5
Total	17 equipes	97	81	16

4.3. INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados deste estudo foi realizada por meio da aplicação de um *survey* para a caracterização do perfil sociodemográfico dos ACS (Anexo A) e um formulário do tipo Likert (Anexo B) para identificar a frequência das ações que os ACS realizam. O formulário tipo Likert, que permite cinco opções de respostas (Todos os dias, Todas as semanas, Todos os meses, Raramente e Nunca), referiu-se às ações realizadas pelos ACS.

Os instrumentos de coleta de dados utilizado nesta pesquisa foram construídos por Santos⁽¹²⁾, tomando por base as competências/habilidades esperadas dos ACS descritas no documento “Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS”, formulado pelo Ministério da Saúde^(18, 47). Segundo esse documento, o ACS deveria possuir cinco classes de competências⁽¹⁸⁾:

- A) Competência – Integração da equipe de saúde com a população local:** Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.
- B) Competência – Planejamento e avaliação:** Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde.
- C) Competência – Promoção da saúde:** Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.
- D) Competência – Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário:** Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde.

E) Competência – Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades: Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.

Esse instrumento já foi utilizado nas pesquisas de Santos⁽¹⁾, Almeida⁽¹⁹⁾ e Pinto⁽²⁰⁾, por isso seu pré-teste foi suprimido.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A aplicação do questionário (Anexo A) e do formulário (Anexo B) realizou-se após o consentimento do gestor da saúde de cada município em estudo e da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o que aconteceu em outubro de 2010, sob o protocolo do parecer número 963/2010/CEP-EEUSP (Anexo D). A coleta de dados aconteceu no mês de janeiro de 2011. Nesse período, o Colegiado Gestor Regional Alto Capivari contava com um quadro de 97 ACS.

Após contato telefônico do pesquisador com os gestores municipais foi agendada uma data de encontro do pesquisador com cada equipe de Saúde da Família dos cinco municípios. Nesse encontro, os pesquisadores explicaram sucintamente os objetivos da pesquisa e o direito dos ACS em recusarem-se em participar da pesquisa. Aos ACS que aceitaram participar da pesquisa foi entregue o *survey* (Anexo A), formulário (Anexo B) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) em duas vias. Os ACS foram orientados a preencher os instrumentos e deixá-los na unidade de saúde. Os pesquisadores agendaram uma data na qual passariam para retirar os instrumentos preenchidos.

Nos dias agendados para entrega dos instrumentos aos ACS, muitos não estavam presentes, no entanto os questionários foram deixados sob a responsabilidade dos enfermeiros das equipes onde os ACS trabalhavam. A taxa de retorno dos questionários foi alta, cerca de 92%. No município de Quatá, a equipe de

Saúde da Família II não participou da pesquisa com o intuito de diminuir o viés do pesquisador, já que a pesquisadora no momento era a enfermeira responsável por essa equipe.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários e os formulários foram digitados em banco de dados eletrônico com o auxílio do programa SPSS 16. A escolha desse programa deve-se ao fato de permitir a análise estatística e a construção de gráficos. Foi realizada a análise estatística dos dados, os quais foram organizados segundo a frequência simples das ocorrências.

Para a análise dos dados, realizou-se o agrupamento das possibilidades: “Todos os dias” + “Todas as semanas” + “Todos os meses” = Ações realizadas diariamente, semanalmente e mensalmente; “Raramente” e “Nunca” = Ações realizadas raramente e nunca. Esse agrupamento teve por base a maneira como o ACS organiza seu processo de trabalho. Como ele tem muitas famílias para visitar, estas acabam recebendo o ACS uma vez no mês, mas sempre que ele foi a essa família ele abordou determinado tema.

O referencial teórico utilizado para analisar os resultados dessa pesquisa permite identificar se as ações de saúde desenvolvidas pelos ACS são voltadas para a identificação de problemas ou são voltadas para o fortalecimento da comunidade. Essa base teórica identifica também se as ações de Promoção da Saúde partem da comunidade ou dos serviços de saúde.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e pelos Secretários Municipais de Saúde dos cinco municípios. O número de protocolo do parecer é 963/2010/CEP-EEUSP (Anexo D).

Após aprovação do Comitê de Ética e dos Secretários Municipais de Saúde, iniciou-se a coleta de dados em campo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C). Os ACS receberam todas as orientações e tiraram suas dúvidas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aborda: a 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 a participação ou retirar consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo ou constrangimento, garantia de sigilo que assegure privacidade dos sujeitos, confidencialidade dos dados, nome do pesquisador responsável e contato.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ACS DO COLEGIADO GESTOR REGIONAL ALTO CAPIVARI

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em tabelas, quadros e gráficos, seguidos de textos descritivos e associados às análises realizadas.

A tabela 1, a seguir, apresenta as características sociodemográficas dos ACS que participaram desta pesquisa e que trabalham e moram nos municípios de Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá e Rancharia.

Tabela 1 – Distribuição dos ACS, segundo variáveis sociodemográficas, Colegiado Gestor Regional Alto Capivari – 2011

Variável	N	%
SEXO		
Feminino	77	95,1
Masculino	04	4,9
RAÇA/COR		
Branca	58	71,6
Preta	04	4,9
Parda	18	22,2
Amarela	01	1,2
REGIÃO DE NASCIMENTO		
Sul	07	8,6
Sudeste	71	87,7
Centro-Oeste	01	1,2
Nordeste	02	2,5
LOCAL DE NASCIMENTO		
Zona Rural	09	11,1
Zona Urbana	72	88,9
ESTADO CIVIL		
Solteiro	28	34,6
Unido	51	63,0
Separado	02	2,5
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental completo	04	4,9
Ensino médio completo	68	84,0
Superior incompleto	03	3,7
Superior completo	06	7,4
MORADIA		
Própria	55	67,9
Alugada	12	14,8
Cedida	13	16,0
Outros	01	1,2

A Tabela 1 mostra que a maioria dos ACS do CGR Alto Capivari é do sexo feminino (95,1%) e de raça/cor branca (71,6%)^(12, 19). A região de nascimento dos ACS é predominantemente a Sudeste (87,7%), seguida pela Sul (8,6%) e Nordeste (2,5%). No que tange o local de nascimento, 88,9% nasceram na zona urbana, enquanto 11,1% na zona rural.

Observa-se que o estado civil predominante é o de unido (63%), seguido por 34,6% de solteiros. Quanto à escolaridade, encontrou-se principalmente ensino médio completo (84%), seguido de superior completo (7,4%) e ensino fundamental completo (4,9%). Observa-se que 67,9% dos ACS possuem moradia própria.

Nos municípios de Marília-SP^(20, 48), São Bernardo do Campo-SP⁽¹²⁾ e São Paulo-SP⁽⁴⁹⁾, os perfis sociodemográficos dos ACS assemelham-se com o perfil encontrado no Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, pois a maioria dos ACS que trabalha nesses municípios são mulheres da cor branca, nascidas na região Sudeste, apresentam estado civil de unido, ensino médio completo e residência própria. Na pesquisa realizada em São Paulo-SP, os ACS são predominantemente de cor parda, diferindo-se dos demais.

A profissão de ACS é exercida predominantemente por mulheres. Esse fato traz à tona a importância de pensar que as questões de gênero estão implicadas nesse contexto de prática profissional. Nos países asiáticos Paquistão e Bangladesh e nos países africanos Etiópia e Moçambique, os profissionais que atuam com as ações semelhantes às desenvolvidas pelos ACS no Brasil apresentam o critério de seleção de ser do sexo feminino para trabalharem. Contudo, nos países Haiti, Brasil, Uganda e Tailândia, ser do sexo feminino não é um critério para exercerem a profissão, no entanto esses profissionais são predominantemente do sexo feminino⁽¹⁾.

A crescente feminização da força de trabalho em saúde, que também está presente em outras profissões, como a enfermagem, como aponta alguns estudos, está relacionada com o papel de cuidadora que a mulher historicamente desempenhou na sociedade, sendo responsável pela educação e pelos cuidados às crianças e aos idosos da família. Isso, inclusive, contribui para dar credibilidade ao ACS perante a comunidade assistida⁽⁵⁰⁾.

Ao resgatarmos a gênese do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), vimos que o PAS (Programa dos Agentes de Saúde) do Ceará, em 1988, priorizava a contratação de mulheres. Essa priorização baseou-se no fundamento de que as mulheres sofreriam um processo de melhoramento da sua condição social, por meio do trabalho remunerado, de um salário mínimo e, possivelmente, estimulariam um posicionamento mais ativo de outras mulheres que coabitam⁽⁵¹⁾.

Assim, parece que tal perspectiva de inserção da mulher no mercado de trabalho e de sua tradição de cuidadora perpassa fortemente o perfil do profissional ACS no Brasil.

Dando continuidade à análise do perfil dos ACS, a tabela 2, a seguir, mostra o preparo profissional do ACS anterior à sua contratação na ESF.

TABELA 2 – Distribuição dos ACS, segundo sua inserção no trabalho, Colegiado Gestor Regional de Alto Capivari - 2011

Variável	N	%
CURSO PROFISSIONALIZANTE		
Sim	47	58,0
Não	34	42,0
REGISTRO EM CARTEIRA ANTES DE SER ACS		
Sim	50	61,7
Não	31	38,3
ATIVIDADE EXTRA AO TRABALHO DE ACS E REMUNERADA		
Sim	10	12,3
Não	71	87,7

A tabela 2 indica que 58% dos ACS fizeram algum tipo de curso profissionalizante. Destacam-se o de técnico/auxiliar de enfermagem, com 23,9%, seguido do técnico em informática, com 17,4%, técnico em açúcar e álcool, com 8,7%, e magistério, com 8,7%. Em outras pesquisas realizadas com o ACS, verificou-se que 63,1%⁽¹⁾ também possuíam algum curso profissionalizante, destacando o curso de auxiliar de enfermagem. No município de Marília-SP⁽²⁰⁾, verificou-se que 68,2% dos ACS tinham cursos profissionalizantes, destacando cursos na área de saúde. No município de São Paulo⁽⁴⁹⁾, em 2009, no distrito administrativo de Jabaquara, verificou-se que 54% dos ACS possuíam cursos profissionalizantes, destacando os cursos da área administrativa, com 46%, e os

cursos da área da saúde, com 39%. Isso nos mostra que os ACS não estão inseridos no trabalho de uma perspectiva “leiga”; de um modo geral a maioria possui alguma formação ou experiência profissional.

Antes de trabalhar como ACS, 61,7% trabalhavam com carteira assinada, e a ocupação anterior que mais se destaca é a de doméstica (remunerada ou na própria residência), com 32%. Dos ACS da pesquisa em questão, 12,3% realiza atividade extra ao trabalho e remunerada. Na pesquisa realizada em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, 74,3% trabalhavam com carteira assinada antes de serem ACS; a ocupação anterior destacada nessa pesquisa foi também a de doméstica. No município de Marília⁽²⁰⁾, 89,2% trabalhavam com carteira assinada antes de ocuparem o cargo de ACS; nessa pesquisa, a ocupação laboral anterior foi a de recepcionista, com 14,4%, e de doméstica, com 12%.

Outro dado importante de se pontuar nessa pesquisa é a porcentagem de apenas 4,93% de participação dos ACS na etapa formativa I do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Esse curso visa preparar os profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. Compreende-se que esse resultado baixo de participação dos ACS no curso pode ser atribuído à rotatividade dos profissionais que atuam no CGR Alto Capivari e à pouca disponibilização desses cursos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação na região⁽¹⁸⁾.

Com relação às características familiares e de renda dos ACS, o próximo quadro nos indica que eles de forma geral são jovens e com famílias pequenas.

QUADRO 3 – 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 na Saúde da Família, Colegiado Gestor Regional Alto Capivari – 2011

Variável	Média	Mediana	Moda	Valor mínimo	Valor máximo
Idade	32,35	31	22	20	55
Número de Filhos	1,15	01	0	0	03
Renda Familiar (em salários mínimos)	3,11	2,96	2,22	1,16	9,25
Pessoas que vivem com a renda referida	3,42	03	04	01	09
Tempo de residência no bairro (em anos)	14,84	12	10	0,60	45
Tempo de trabalho no PACS ou ESF (em meses)	28,31	10	08	01	108

O quadro 3 mostra que os ACS que trabalham no CGR Alto Capivari possuem idade média de 32 anos, um filho e renda familiar de três salários mínimos, tomando como referência o salário mínimo de R\$ 510,00, de janeiro de 2010. Na pesquisa realizada em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, os ACS apresentavam idade média de 33 anos, um filho e renda familiar de três salários mínimos. No estudo realizado em Marília-SP⁽²⁰⁾, os ACS que participaram da pesquisa em média tinham 38 anos, um filho e renda familiar de três salários mínimos.

O desenvolvimento socioeconômico dos municípios que compõem o CGR Alto Capivari, municípios de pequeno porte, é moderado de acordo com o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM), o qual mensura o desenvolvimento socioeconômico. Esses municípios apresentaram, em 2010, IFDM com valor entre 0,6 e 08, o que os classifica como desenvolvimento moderado. Os municípios de São Bernardo do Campo e Marília apresentaram, em 2010, IFDM com valor entre 0,8 e 1,0, sendo classificados como municípios com alto estágio de desenvolvimento socioeconômico. Portanto, apesar de os resultados das pesquisas realizadas nesses municípios apontarem para uma renda familiar de valor comum, o custo de vida, as oportunidades de emprego e as condições socioeconômicas que municípios como Marília⁽²⁰⁾ e São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ podem proporcionar a seus habitantes são

diferentes quando os comparamos com os municípios que compõem o CGR Alto Capivari⁽⁵²⁾.

No que tange o tempo de residência no bairro onde trabalha, em anos, obteve-se uma média de 14,84 anos; esse dado comprova que os ACS do CGR Alto Capivari conhecem bem a área de trabalho e a dinâmica social que envolve os moradores. Em outros estudos, encontraram uma média de residência no bairro de 15,6^(12,19), 20⁽⁴⁹⁾ e 16,2⁽²⁰⁾ anos. O tempo de trabalho como ACS teve uma média de 28,31 meses, ou seja, 2,35 anos no CGR Alto Capivari.

Nas pesquisas realizadas em São Bernardo do Campo-SP, São Paulo-SP, Marília-SP e Ceará-Mirim-RN, a média de anos de trabalho, respectivamente, foi de 47,7⁽¹²⁾, 48 a 72⁽¹⁹⁾, 62,4⁽²⁰⁾ e 84⁽⁵³⁾ meses. O tempo médio de trabalho dos ACS do CGR Alto Capivari foi baixo em relação às demais pesquisas, o que pode ser explicado pela grande rotatividade desses profissionais na região, por motivos como a oportunidade de outro emprego e por alguns municípios adotarem a contratação dos ACS por tempo determinado. Geralmente, ao mudar a gestão municipal, acontece a exoneração desses profissionais e a contratação de novos; esse fato contrapõe-se ao estabelecimento de vínculo e à manutenção da privacidade com a comunidade, um dos pilares da Estratégia Saúde da Família.

É importante verificar que o salário parece não ser o grande definidor do tempo de permanência dos ACS na ESF, pois, como referimos anteriormente, os salários em municípios maiores, como São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e Marília⁽²⁰⁾, são os mesmos que dos municípios menores do CGR Alto Capivari; no entanto, verifica-se que nos municípios maiores a permanência dos ACS na ESF é maior. Então, pode-se dizer que a região do CGR Alto Capivari tem potência para manter seus ACS por mais tempo no trabalho; precisa, contudo, rever essa vinculação do ACS a política pública local.

O ACS é um trabalhador com características diferenciadas de inserção no campo de atuação, vínculo institucional, prerrequisitos, entre outros. Alguns exemplos dessa diferenciação podem ser encontrados ao analisar algumas de suas atribuições e prerrequisitos definidos pelo Ministério da Saúde: deve residir na própria comunidade, ter perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades e, dentre outras

atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida, além de realizar o cadastramento e o acompanhamento de tais famílias⁽²⁾. A maioria dos ACS que atuam na Saúde da Família do CGR Alto Capivari trabalham no bairro em que moram — encontramos uma porcentagem de 81,5% dos entrevistados, o que corrobora com os prerrequisitos determinados pelo Ministério da Saúde. O fato de os ACS morarem no bairro onde trabalham ajuda-os muito a reconhecer os problemas e as necessidades de saúde do bairro, as potencialidades e os limites do território e dos moradores para as ações de Promoção da Saúde. Contudo, outras características deveriam ser levadas em conta antes da contratação dos ACS, tais como sua capacidade de liderança, sua capacidade de estimular e incentivar a participação da comunidade, sua capacidade de identificar e colaborar com a construção de redes sociais na comunidade.

Ao se perguntar sobre a motivação inicial para desempenharem a profissão de ACS, as respostas foram predominantemente, por visualizarem uma oportunidade de emprego (35,8%); seguida por gostar de trabalhar com pessoas (23,5%); gostar de da área da saúde (21%); já conhecer o trabalho do ACS (13,6%); colaborar para melhorar a saúde da comunidade onde vive (1,2%) e outras motivações (4,9%). Outras pesquisas também encontraram como motivação inicial para o trabalho como ACS, principalmente, a visualização de uma oportunidade de emprego com 38,6%⁽¹²⁾, 62%⁽¹⁹⁾, 28,7%⁽²⁰⁾ e 52,6%⁽⁴⁹⁾. Embora a motivação inicial tenha sido a oportunidade de uma colocação no mercado de trabalho, 97,5% dos ACS do CGR Alto Capivari mencionam gostar de trabalhar como ACS.

A taxa de desemprego no Estado de São Paulo e nos municípios que compõem o CGR Alto Capivari deve ser considerada como um fator que tem motivado o ingresso de várias pessoas, principalmente mulheres, em idade economicamente ativa, na profissão de ACS. Com isso, a profissão de ACS, surge como uma possibilidade de mudança de emprego, de busca por outra área de atuação ou procura do crescimento profissional, mesmo não tendo conhecimento das atividades que desenvolveria. Aliada à necessidade de trabalho, alguns ACS identificam sua vocação nas atividades que desenvolvem, como a facilidade de trabalhar com famílias/pessoas, o sonho de trabalhar na área da saúde, o lado humano

de ouvir e ajudar o outro, o trabalho social e a possibilidade do trabalho em equipe, levando à identificação com o trabalho de ACS⁽⁴⁸⁾.

Em relação à participação dos ACS do CGR Alto Capivari em atividades da comunidade, verifica-se que 55,6% participam de atividades religiosas, 11,1% participam de associações de bairro e moradores, 6,2% participam de associações de pais e mestres e 2,5% participam do Conselho Tutelar. Nas pesquisas realizadas nos municípios de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾, identificou-se também que a atividade na comunidade mais realizada pelos ACS são as de cunho religioso com 42,7%⁽¹²⁾ e 57%⁽¹⁹⁾, respectivamente. As atividades na comunidade que promovem o desenvolvimento do fortalecimento da comunidade, como associações de bairro e moradores e conselho tutelar, tiveram uma baixa frequência de participação; isso indica que o profissional ACS ainda não se vê como um facilitador dos processos que envolvem o “empowerment” da comunidade em que trabalha.

5.2 CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS E AÇÕES DE SAÚDE REALIZADAS PELOS ACS DO CGR ALTO CAPIVARI

Após caracterizar os ACS, vamos nos deter aqui a discutir as características de seu trabalho na dinâmica da ESF. Apresentaremos nos resultados as frequências com que os ACS referem realizar as ações que integram as competências propostas pelo Ministério da Saúde para a execução de seu trabalho.

Com a finalidade de facilitar a análise dos dados encontrados nesta pesquisa, classificamos os agrupamentos em frequências positivas e frequências negativas:

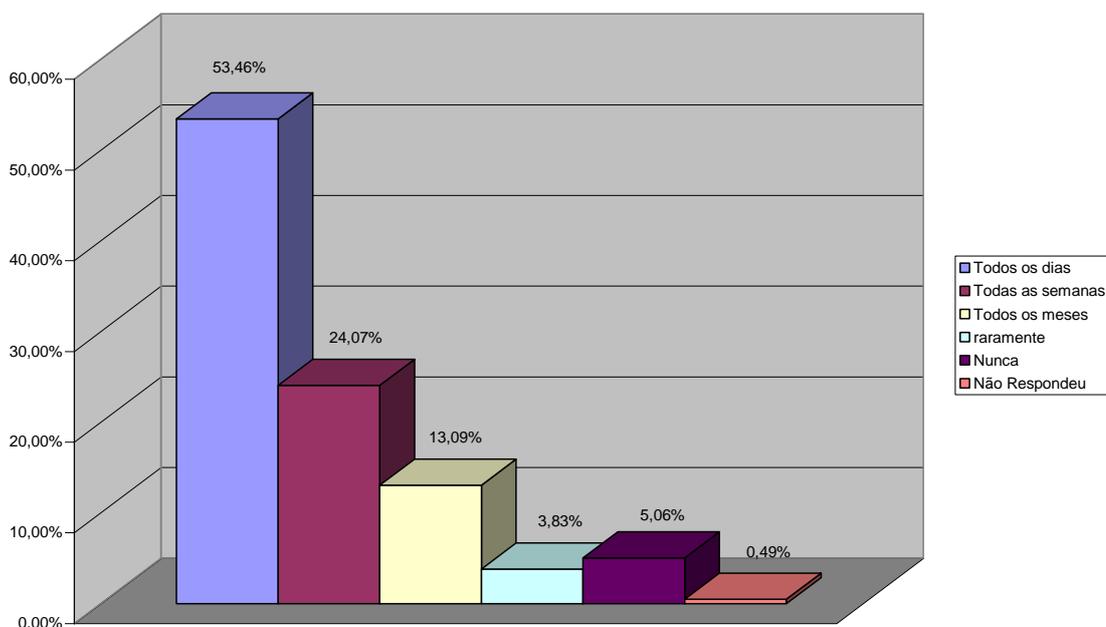
- **Frequências positivas:** Ações realizadas diariamente, semanalmente e mensalmente;
- **Frequências negativas:** Ações realizadas raramente e nunca.

Classificamos os percentuais de realização das ações em:

- **Alto:** $\geq 70\%$
- **Médio:** $\geq 50\%$ e $< 70\%$
- **Baixo:** $< 50\%$

O primeiro agrupamento de resultados a ser apresentados refere-se à competência A – INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL, lembrando que a finalidade dessa competência é que o ACS possa desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades. O gráfico 1, a seguir, mostra a frequência de ocorrência das ações dessa competência.

Gráfico 1 – Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionados à competência A – INTEGRAÇÃO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO LOCAL. Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011.



No gráfico 1, destaca-se que as ações que contemplam a competência A – Integração da equipe com a população local são realizadas na frequência diária de 53,46%, 24,07% semanalmente e 13,09% mensalmente. O agrupamento das frequências positivas gera uma porcentagem alta de realização dessa competência de 90,62% nos municípios que compõem o CGR Alto Capivari. No que tange as frequências negativas, as porcentagens foram baixas: de 3,83% raramente e 5,06% nunca.

A pesquisa realizada em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ encontrou que 43,5% dos ACS que trabalham no município realizam as ações que contemplam a Competência A diariamente, 27% realizam semanalmente, 18,9% mensalmente, 9% raramente e 0,9% nunca realizam. Agrupando as frequências positivas, identifica-se um percentual de 89,40% de realização dessa competência do ACS. Com relação às frequências negativas, observa-se um percentual baixo, de 9,9% de realização raramente e nunca.

Na pesquisa realizada em São Paulo⁽¹⁹⁾, observou-se que 30,4% dos ACS realizam essa competência A diariamente, 35,1% semanalmente, 27% mensalmente e 7,4% raramente. O agrupamento das frequências positivas gera um percentual de 92,5%. Quanto às frequências negativas, encontraram-se 7,4% de realização raramente e 0% nunca.

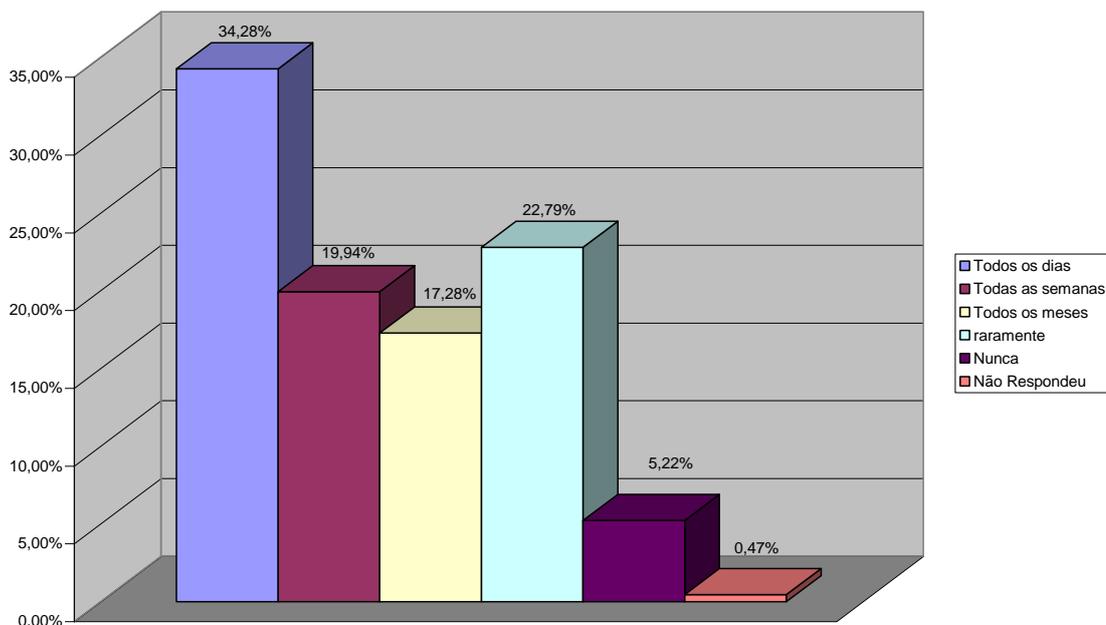
As ações que contemplam a competência A denotam a integração e a interação dos ACS com a equipe de saúde com a qual trabalham e com a população com a qual são corresponsáveis; observa-se que no CGR Alto Capivari o percentual de realização dessas ações é alto e semelhante à frequência de realização encontrada nos municípios de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾. Esses resultados corroboram para a constatação que o ACS entende que um de seus papéis é desenvolver a ponte entre a comunidade em que atua e o serviço de saúde.

O agente comunitário de saúde desempenha o papel de mediador social, sendo considerado como um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado⁽⁵⁴⁾.

O ACS possui uma identidade comunitária e a importância do seu papel social o diferencia dos demais trabalhadores da saúde, principalmente ao atuarem como mediadores entre as diversas esferas de organização da vida social⁽⁵⁴⁾. Para Nunes *et al.*⁽⁵⁵⁾, essa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o serviço de saúde inscreve-os de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação do novo modelo de saúde. Nesse sentido, podemos afirmar que o agente comunitário de saúde estabelece vínculo, estimulando a capacidade das pessoas para enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida⁽⁵⁶⁾.

Outra competência esperada do ACS refere-se à competência B – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO. Esta pressupõe que o ACS seja capaz de realizar, em conjunto com a equipe de Saúde da Família, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito da população adscrita. Assim, o próximo gráfico mostra as frequências de ocorrência das ações dessa competência.

Gráfico 2 – Distribuição da frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência B – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO. Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011.



As frequências positivas para a Competência B – Planejamento e Avaliação foram de 34,28% diariamente, 19,94% semanalmente e 17,28% mensalmente; o agrupamento resulta numa porcentagem de 71,5% de realização. As frequências negativas de realização das ações que contemplam a competência B são de 22,79% raramente e 5,22% nunca; a soma dessas frequências gera um percentual de 28%. A frequência de realização dessa competência demonstra que a maioria dos ACS do CGR Alto Capivari planeja e avalia a situação de saúde das famílias de que são corresponsáveis.

Na pesquisa de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ observou-se que 24,1% dos ACS realizam essa competência diariamente, 18,5% semanalmente e 24,3% mensalmente. O agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 66,9%. Encontrou-se, nessa mesma pesquisa, o percentual de realização raramente de 27,3% e nunca de 5,5%; o agrupamento dessas frequências gera um percentual de 32,8%.

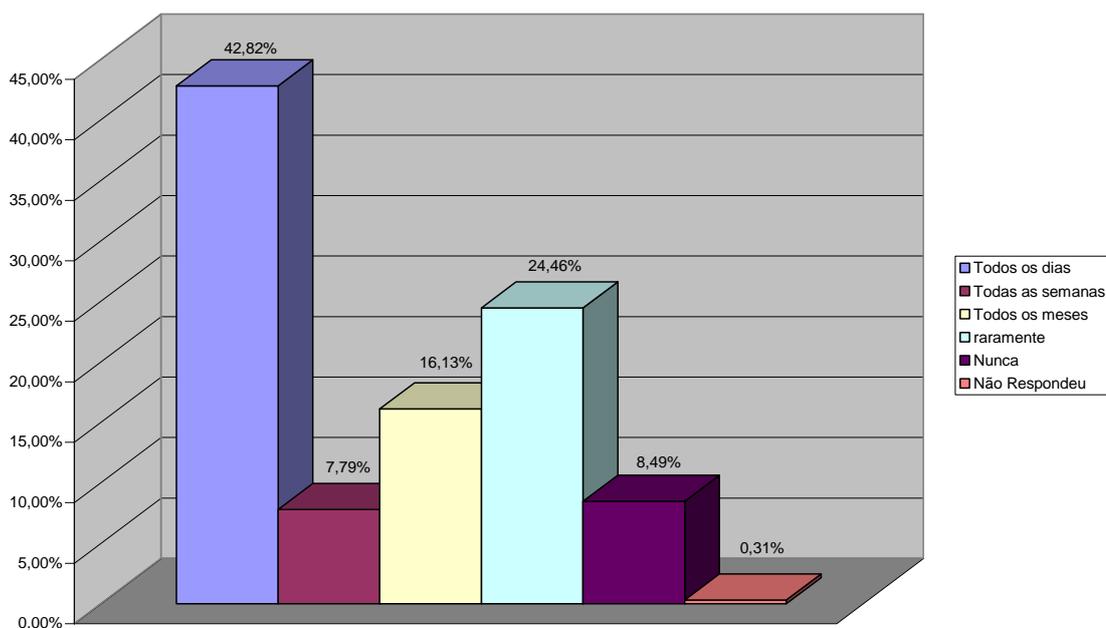
Na pesquisa de São Paulo⁽¹⁹⁾ identificou-se que 11,8% dos ACS realizam essa competência diariamente, 32,5% semanalmente e 34,4% mensalmente; o agrupamento dessas frequências positivas gera um percentual de 78,7% de realização dessas ações. As frequências negativas foram encontradas no percentual de 16,7% raramente e 4,4% nunca, totalizando um percentual de 21,1%.

A competência B apresenta ações que dão suporte para a avaliação da situação de saúde da população pelos ACS. No CGR Alto Capivari, o percentual de realização dessas ações foi alto. Em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾, o desenvolvimento dessa competência teve também alto percentual. Contudo, no município de São Paulo⁽¹⁹⁾ a frequência com que as ações de planejamento e avaliação são realizadas são maiores que no CGR Alto Capivari e em São Bernardo do Campo.

A avaliação e o planejamento das ações de saúde desenvolvidas são uma excelente oportunidade para a equipe de Saúde da Família aferir o quanto suas intervenções partem das necessidades das famílias e se estão embasadas em um conceito ampliado de saúde. É também uma oportunidade para preparar melhor o ACS para visita domiciliária, para que em sua realização o processo de diálogo busque não só obter dados das fichas A e B, mas conhecer melhor a vida das pessoas e seus problemas, e quantos estes determinam os perfis de saúde e doença das famílias acompanhadas⁽⁵⁷⁾.

A terceira competência definida para o ACS refere-se à **PROMOÇÃO DA SAÚDE**. Essa competência é definida como a capacidade do ACS para desenvolver, em equipe, ações de Promoção da Saúde, visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde. O gráfico 3, a seguir, mostra a frequência de ocorrência das ações que compõem essa competência.

Gráfico 3 – Distribuição por frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência C – PROMOÇÃO DA SAÚDE. Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011.



Como pode ser observado no gráfico 3, as ações de saúde que compreendem a Competência C – Promoção da Saúde, na região do CGR Alto Capivari. Apresentam uma frequência de realização de 42,82% diariamente, 7,79% semanalmente e 16,13% mensalmente; a soma dessas frequências positivas é de 66,74%. Com relação às frequências negativas, encontrou-se a porcentagem de 24,46% raramente e 8,49% nunca; o agrupamento dessas frequências gera uma porcentagem de 32,95%.

Em pesquisa realizada no município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ encontrou-se um percentual de realização dessa competência pelos ACS de 35,1% diariamente, 9,6% semanalmente, 18,6% mensalmente, 24,8% raramente e 11,8% nunca. O agrupamento das frequências positivas gera um percentual de 63,3% e o agrupamento de frequências negativas, um percentual de 36,6%.

A pesquisa realizada em São Paulo⁽¹⁹⁾ identificou que 20,15% dos ACS realizam essa competência diariamente, 14,22% semanalmente, 31,22% mensalmente, 18,97% referem realizar raramente e 15,41% nunca a realizam. O agrupamento das frequências positivas resulta num percentual de 65,59%, enquanto que o agrupamento das frequências negativas resulta em 34,38%.

A análise dos percentuais de realização da competência Promoção da Saúde no CGR Alto Capivari nos revela que quando comparamos com as competências anteriores (Integração da equipe com a população local e Planejamento e Avaliação) esta apresenta-se em menor frequência positiva de realização. Pode-se observar que os percentuais encontrados no CGR Alto Capivari são semelhantes aos encontrados no município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾.

As dificuldades na operacionalização das ações que compõem a competência Promoção da Saúde são evidentes nas pesquisas que tratam o assunto. Czeresnia⁽⁵⁸⁾ afirma que pensar a saúde em uma perspectiva mais complexa não é somente a superação de obstáculos no interior da produção de conhecimentos científicos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico. Nesse sentido, para a autora, promover saúde significa ir além do que circunscreve o campo específico da saúde. É amplitude e o estabelecimento de uma nova relação nos discursos e nas práticas de saúde. Tais afirmações remetem-nos a pensar que a frequência média de realização de ações de Promoção da Saúde apresentada pelos ACS é um indício dessa dificuldade de se traduzir em discursos e práticas as propostas da Promoção da Saúde.

De acordo com Baralhas⁽⁵⁹⁾, a principal dificuldade para operacionalização das ações de Promoção da Saúde parte de que o trabalho dos ACS tem sido considerado uma atividade de carga excessiva, devido às distorções ocorridas por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, ou seja, as ações que compõem as competências propostas pelo Ministério da Saúde são muito amplas. Esse fato incentiva os gestores de saúde e a própria equipe de saúde a atribuírem ações aos ACS, como entregar o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) nos domicílios, que fogem do contexto, objetivos e pressupostos que regem a Estratégia de Saúde da Família Brasileira⁽⁵⁹⁾.

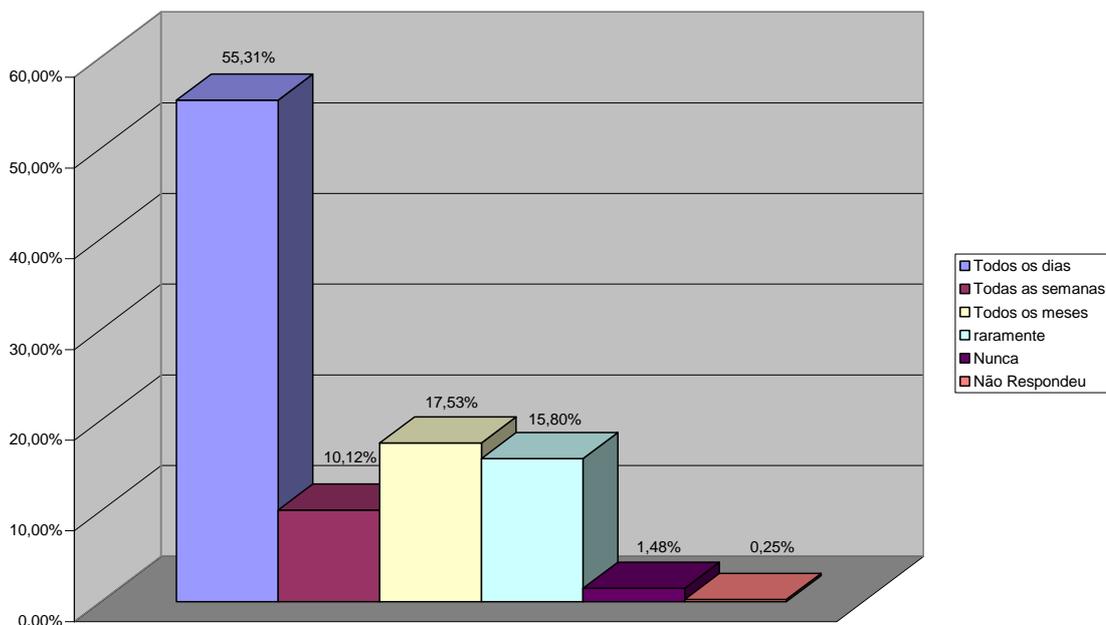
Segundo Sossai⁽⁶⁰⁾, os ACS trazem como fragilidades no processo de trabalho questões como: o número de famílias além do preconizado, realizar serviços de limpeza, realizar atividade de recepção na unidade de saúde, acúmulo de tarefas, exposição direta ao sol forte, limpeza de terrenos baldios, grande número de casas fechadas e de moradores que trabalham e retornam somente no período noturno. Em relação às condições de trabalho, os ACS encontram dificuldades de aquisição de materiais necessários para o seu processo de trabalho. O déficit de material vai desde um simples lápis até os equipamentos de proteção individual necessários durante a aplicação do veneno contra o mosquito da dengue. Portanto, segundo a autora, a disponibilização do ACS para realizar ações que não são preconizadas pelo Ministério da Saúde, bem como a falta de materiais, são fatores que prejudicam a realização das ações de Promoção da Saúde⁽⁶⁰⁾.

Outra dificuldade, apontada por Noronha⁽⁶¹⁾, é que a oferta de capacitação para os ACS é pouca, e que a maioria ofertada baseia-se na concepção “bancária” para a qual a educação é o ato de depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos para seres de adaptação e ajustamento, passivos, ingênuos, acríticos e possuidores de um poder criador mínimo, o que constitui um obstáculo para o pleno desenvolvimento do potencial do ACS⁽⁶¹⁾.

Para que as ações de Promoção da Saúde superem suas dificuldades de realização, é preciso investir na formação dos ACS e dos outros profissionais da ESF para que eles possam de fato colocá-las em prática. Noronha⁽⁶¹⁾ diz que o processo de capacitação dos ACS deve se basear na lógica do modelo de produção social da saúde e enfatizar os princípios do SUS, compreendidos e incorporados em sua prática, para que eles atuem com autonomia e segurança e desenvolvam as ações de Promoção da Saúde.

O gráfico 4 indica a frequência de ocorrência da competência D – PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO no CGR Alto Capivari.

Gráfico 4 – Distribuição da frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência D – PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO. Colegiado Gestor Regional de Alto Capivari, 2011.



No gráfico 4, verifica-se que as ações que contemplam a competência D – Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário no CGR Alto Capivari são realizadas na frequência de 55,31% diariamente, 10,12% semanalmente e 17,53% mensalmente; o agrupamento dessas frequências positivas gera uma porcentagem de 82,96%. As frequências negativas de realização foram de 15,80% raramente e 1,48% nunca; o agrupamento dessas frequências gera um percentual de 17,28%.

Na pesquisa desenvolvida em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, a realização dessa competência foi encontrada com a frequência de 43,4% diariamente, 15,1% semanalmente, 21,4% mensalmente, 17,6% raramente e 2,2% nunca. O agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 79,9% e o agrupamento das frequências negativas resulta em 19,8%.

Em São Paulo⁽¹⁹⁾, encontrou-se que os ACS realizam essa competência 23,75% diariamente, 31,25% semanalmente, 27,5% mensalmente, 16,25% raramente e

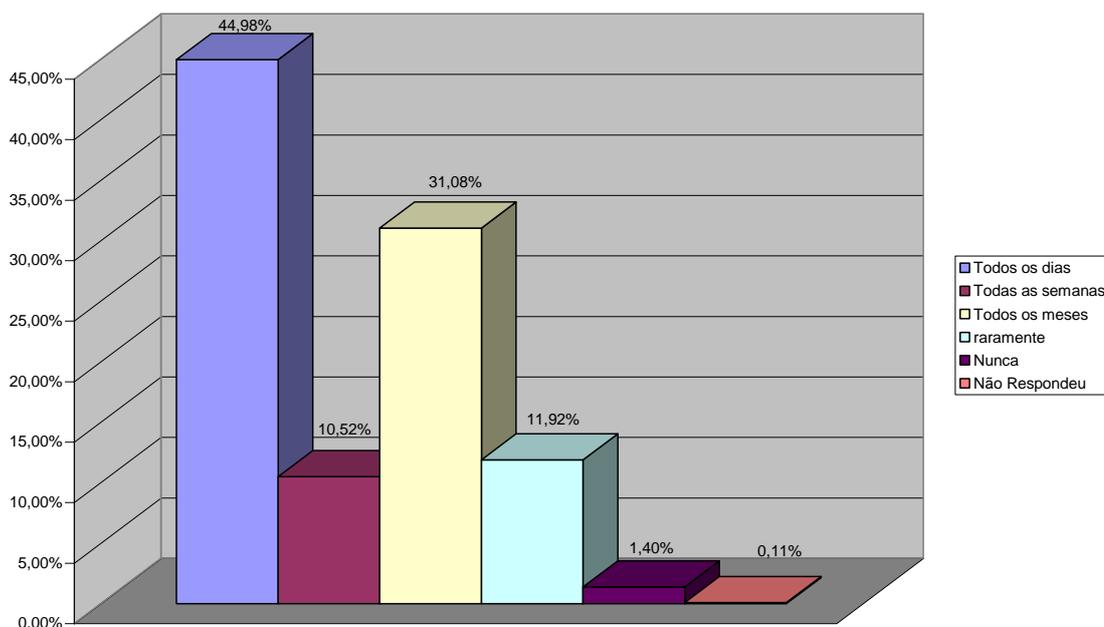
1,25% nunca a realiza. O agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 82,50% e as frequências negativas resultam em 17,5%.

As ações que contemplam a competência D permitem a prevenção e o monitoramento da situação ambiental e de saúde da comunidade na qual os ACS são corresponsáveis. Observa-se que essa competência apresenta alto percentual de realização no CGR Alto Capivari, bem como nos municípios de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾. O alto índice de realização dessas ações indica que os ACS compreendem que estas devem ser desenvolvidas por eles e que o monitoramento e a prevenção de condições de risco ambiental e situações insalubres está sendo desenvolvida. O monitoramento engloba as situações de poluição do ar, da água, queimadas, desmatamentos, saneamento ambiental, medidas de prevenção de riscos ambientais, sanitários e doenças prevalentes na microárea, bem como os mecanismos de transmissão e medidas de prevenção e controle⁽¹⁸⁾.

O percentual de realização dessa competência na frequência diária remete-nos à constatação de que os ACS, em sua prática de visitas domiciliares, utilizam dessas ações para instrumentalizar os moradores. A atuação dos ACS em relação a essa competência é cobrada na forma de metas pelo Ministério da Saúde; um exemplo dessa prática é o controle mensal de monitoramento dos focos do dengue. O caráter mais biomédico dessas ações deve ser utilizado de forma adequada pelos ACS ao abordarem as famílias, para que sua prática não tenha um caráter de “polícia sanitária” e corroborem para a consolidação das práticas do modelo hegemônico de saúde. Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas⁽⁵⁵⁾.

O gráfico 5, a seguir, indica a frequência de ocorrência da competência E – PREVENÇÃO E MONITORAMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS E MORBIDADES no CGR Alto Capivari.

Gráfico 5 – Distribuição da frequência das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência E – PREVENÇÃO E MONITORAMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS E MORBIDADES. Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011.



As frequências positivas de realização das ações que contemplam a competência E – Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades foram de 44,98% diariamente, 10,52% semanalmente e 31,08% mensalmente; o agrupamento dessas frequências gera uma porcentagem de 86,58% de realização dessas ações. As frequências negativas foram encontradas com uma frequência de 11,92% raramente e 1,40% nunca; a soma das frequências negativas gera um percentual de 13,32%.

Na pesquisa realizada em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, identificou-se que a realização dessa competência pelos ACS ocorre com a frequência de 37,7% diariamente, 13,9% semanalmente, 28,6% mensalmente, 11,6% raramente e 7,9% nunca a realizam. O agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 80,2%, enquanto as frequências negativas resultam em 19,5%.

Em São Paulo⁽¹⁹⁾, identificou-se que os ACS realizam essa competência 23,4% diariamente, 14,4% semanalmente, 51,7% mensalmente, 8,7% raramente e

1,6% nunca. As frequências positivas agrupadas resultam em um percentual de 89,5%, enquanto as frequências negativas agrupadas resultam em 10,3%.

As ações que compõem a competência E estão diretamente ligadas aos protocolos de saúde instituídos pelo Ministério da Saúde, para que sejam seguidos pelos profissionais que trabalham na Saúde da Família. No CGR Alto Capivari, evidencia-se que essa competência tem alta frequência de realização, assim como em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾.

A competência E teve alto percentual de realização do CGR Alto Capivari, bem como nos municípios de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾. Gomes⁽⁶²⁾ considera que o ACS possui um papel importante para a consolidação do SUS, não só por facilitar o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, mas principalmente por ser o elo entre as equipes de saúde e a comunidade, fortalecendo as relações, facilitando o potencial diagnóstico das situações de risco e atuando como agentes de organização da comunidade para a transformação de suas condições de saúde. No entanto, a maioria dos trabalhos evidencia que sua formação profissional continua centrada no controle tecnológico da doença, fazendo com que ele reproduza a visão positivista, fragmentada e reducionista do modelo biomédico em sua prática.

Romper com essa visão exige uma capacitação permanente que inclua os princípios do SUS sob um enfoque problematizador, baseado na construção compartilhada do conhecimento e na experiência cotidiana desses profissionais — relato de suas práticas —, assim como na orientação do trabalho segundo a visão fenomenológica e dialética da saúde, visando a subsidiar e priorizar as ações de Promoção da Saúde, prevenção dos agravos e enfermidades e de transformação social⁽⁶²⁾.

De um modo geral, pode-se observar que a frequência de ocorrência das competências dos ACS ocorre de maneira muito parecida nos diferentes cenários aqui apresentados. Apesar de cada município/espaco territorial organizar o trabalho do ACS segundo suas necessidades, os dados anteriores nos mostram um certo “padrão” de ocorrência das competências, o que parece ser positivo, uma vez que competências são abordagens de cunho mais geral. Ainda é possível verificar que os ACS possuem um padrão de competências mais vinculado às ações que a equipe da ESF demanda a esse profissional. Parece que as ações que são mais realizadas pelos

ACS, são as ações que permitem a esse profissional ser o elo entre a comunidade e a equipe de saúde, no âmbito da identificação entre condições de vida e saúde ou do âmbito de verificar se as práticas preconizadas pelo médico e/ou enfermeiro estão sendo realizadas no domicílio.

5.3 AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO COMPETÊNCIA DO ACS: UMA ABORDAGEM ANALÍTICA

Como o foco deste estudo é analisar as competências do ACS para a prática da Promoção da Saúde, resolveu-se estudar mais de perto a competência C – Promoção da Saúde e as ações que integram essa competência, segundo a proposta oficial do Ministério da Saúde.

Nessa etapa de apresentação e discussão dos resultados, além de se dar continuidade às análises descritiva e comparativa das ações realizadas pelos ACS, buscaremos, também, incorporar o referencial teórico adotado nesta pesquisa.

Retomando o formulário (Anexo B) utilizado para a coleta de dados, pode-se observar que a competência Promoção da Saúde é constituída por dezesseis ações, aqui descritas:

- 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 e 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 e 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 e 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 o portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social;

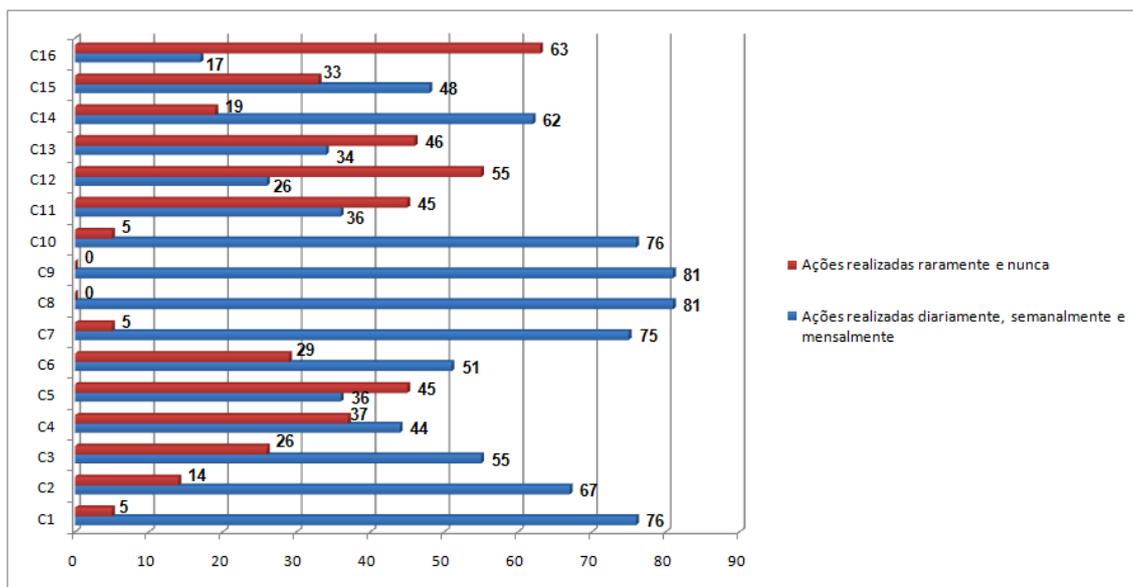
C15 – Apoia ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos;

C16 – Participa de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais.

Seguindo o referencial teórico desta pesquisa, pode-se afirmar que muitas dessas ações descritas de fato podem ser consideradas como ações de Promoção da Saúde. De certa forma, as ações enunciadas retomam proposições para a saúde e o bem-estar, conforme a figura 2, adaptada por Labonté⁽³²⁾.

Os resultados obtidos em relação à frequência com que essas ações são realizadas pelos ACS desta pesquisa estão apresentadas no gráfico 6.

Gráfico 6 – Frequência das ações realizadas “Todos os dias”, “Todas as semanas”, “Todos os meses”, “Raramente”, “Nunca” pelos ACS, na competência PROMOÇÃO DA SAÚDE (Categoria C). Colegiado Gestor Regional Alto Capivari, 2011.



A análise do gráfico nos mostra que, com relação à ação **C1 – Identifica a relação entre problemas de saúde e condições de vida**, 76 ACS responderam que a realizam diariamente, semanalmente e mensalmente, totalizando 93,83%. Cinco ACS responderam que realizam essa ação raramente e nunca, totalizando 6,17%. Essa ação é realizada no percentual de 71,60% diariamente e 6,17% raramente.

Na pesquisa realizada em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, identificou-se o percentual de realização de 58% diariamente e 11,20% raramente. No município de Marília⁽²⁰⁾, encontrou-se o percentual de realização igual a 60,48% diariamente e 7,18% raramente. Na pesquisa realizada no município de São Paulo⁽¹⁹⁾, obteve-se um percentual de realização dessa ação de 43,7% diariamente e 0% raramente, e a soma das frequências positivas resulta em um total de 100%.

A ação C1 (Identifica a relação entre problemas de saúde e condições de vida) teve alto percentual de realização no CGR Alto Capivari. Isso indica que os ACS na visita domiciliar buscam identificar os problemas e relacioná-los com as

condições de vida das famílias e da comunidade, que está sob seus cuidados. Esse fato pode ser comprovado pelo percentual de 71,60% de ACS que referem realizar essa atividade diariamente.

Em pesquisa realizada em Cuiabá-MT⁽¹¹⁾, onde se avaliou a percepção dos ACS egressos de um curso de formação inicial em Agente Comunitário de Saúde sobre a formação recebida em relação às competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho na ESF, encontrou-se que os ACS compreendem Promoção da Saúde como um conceito que relaciona as condições de vida com as possibilidades de adoecimento. Mostrou, ainda, que ao identificarem essa relação entre condição de vida e saúde, os ACS buscam novas formas de interagir com as famílias de que cuidam, buscam desenvolver ações educativas mais participativas e emancipadoras.

Os ACS desse estudo de Cuiabá reconheceram que é na contextualização de um ambiente saudável, boa alimentação, com educação, comunicação e informação que se constroem ações de Promoção da Saúde. Ainda nessa mesma pesquisa identificou-se a escuta como sendo um ponto fundamental entre o ACS e a família. A pesquisa mostrou, também, que o ACS ainda apresenta uma visão assistencialista, quando não coloca a participação e as ações educativas emancipadoras como centralidade do seu trabalho, ficando restrito à intenção de sempre orientar e informar sobre o que deve ser feito. Ao correlacionar essa ação do ACS com as proposições de Labonté⁽³²⁾ para a Promoção da Saúde, é possível verificar que a ação se inscreve na esfera da vida comunitária e que estimular as famílias e os diferentes grupos sociais a discutir de maneira crítica sua forma de viver e trabalhar, e como isso impacta na saúde, é uma forma de operacionalizar a Promoção da Saúde.

A ação de identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida é uma bastante importante para a Promoção da Saúde, mas na perspectiva do ACS ela torna-se mais importante ainda quando ele ajuda as famílias a reconhecerem essa correlação.

A ação **C2 – Identifica exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade** foi selecionada dentre as frequências positivas por 67 ACS, totalizando 82,71%. Catorze respondentes selecionaram as frequências negativas de raramente e

nunca, totalizando 17,28%. Essa ação é realizada no percentual de 56,79% diariamente e 17,28% raramente.

Em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, o percentual de realização dessa ação nas frequências “diariamente” e “nunca” foi respectivamente de 51,87% e 9,96%. No município de Marília⁽²⁰⁾, essas frequências foram respectivamente de 57,48% e 8,38%. Na pesquisa realizada em São Paulo⁽¹⁹⁾, identificou-se um percentual de realização para essas frequências de respectivamente 25% e 6,25%. No município de São Paulo, o agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 93,75%, enquanto que o das frequências negativas resulta em 6,25%.

A ação C2 (Identifica exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade) teve alto percentual de realização no CGR Alto Capivari, bem como nos municípios de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, Marília⁽²⁰⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾. O desenvolvimento dessa ação refere-se à percepção que os ACS têm dado ao praticarem as visitas domiciliares. Os resultados demonstram que os ACS têm focado o lado positivo dos processos e inter-relações que ocorrem na comunidade; no entanto, de acordo com a pesquisa realizada no município de Sorocoba-SP⁽⁶²⁾, os ACS e os demais profissionais que atuam na Saúde da Família, muitas vezes, atuam na comunidade com ações que focam a doença, esquecendo de identificar os indícios de saúde e de ações positivas que a comunidade pode estar desenvolvendo.

Como as profissões específicas do setor estão tradicionalmente mais voltadas para o tratamento das doenças, para abordagem de fatores que produzem doença ou para facetas particulares dessa identificação, espera-se que o ACS tenha seu foco no lado positivo das condições que produzem a saúde. Com isso, esse profissional poderá integrar a equipe de Saúde da Família com uma contribuição diferenciada para a Promoção da Saúde. Segundo a holosfera de Labonté⁽³²⁾, atuar na perspectiva de “valorizar” as ações positivas localiza-se na intersecção das esferas *Social/Vida Comunitária* e *Emocional/Projeto de Vida*, facilitando o controle sobre a vida e o “empowerment” comunitário. Nessa perspectiva, o ACS, por suas características especiais, constitui-se em um recurso humano central e estratégico para a possibilidade de implementação de ações de promoção da saúde, construção do “empowerment” comunitário e de novas formas de perceber e praticar a atenção à saúde, envolvendo as pessoas, seus conhecimentos e entornos⁽⁶³⁾.

A ação **C3 – Realiza atividades educativas para a comunidade juntamente com o enfermeiro** foi selecionada por 55 ACS no que tange as frequências positivas, e 26 ACS selecionaram as frequências negativas. Obteve-se um total de 67,90% de frequência positiva na realização dessa ação e 32,09% de frequência negativa de realização. Essa ação é realizada no percentual de 3,70% diariamente e 29,62% raramente.

Na pesquisa realizada em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, verificou-se que a frequência de realização dessa ação diariamente foi de 6,22% e raramente de 30,70%. Na pesquisa realizada em Marília⁽²⁰⁾, obteve se uma frequência de realização dessa ação de 12,57% todos os dias e 26,35% raramente. Em São Paulo⁽¹⁹⁾, verificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 0% todos os dias e 50% raramente; o agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 31,25%, enquanto que o agrupamento das frequências negativas resulta em 68,75%.

Na ação **C4 – Realiza atividades educativas com outros ACS**, 44 ACS selecionaram as frequências positivas, com porcentagem de 54,32%. 37 ACS selecionaram as frequências negativas, totalizando 45,68%. Essa ação é realizada no percentual de 14,81% diariamente e 34,57% raramente.

No município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, identificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 4,56% todos os dias e 43,57% raramente. Em Marília⁽²⁰⁾, obteve-se uma frequência de realização dessa ação de 23,35% todos os dias e 31,14% raramente. No município de São Paulo⁽¹⁹⁾, identificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 12,5% todos os dias e 18,75% raramente, o agrupamento das frequências positivas identificadas neste estudo resulta em um percentual de 56,25%, enquanto que a soma das frequências negativas resulta em um percentual de 37,5%. Os dados sugerem que esse tipo de ação educativa não apresenta consenso entre os diferentes campos pesquisados.

Com relação à ação **C5 – Realiza atividades educativas para a comunidade sozinho**, 36 ACS responderam que a realizam, caracterizando um total de 44,44%. Quanto à frequência negativa de realização dessa ação, 45 ACS a selecionaram, totalizando 55,55%. Essa ação é realizada no percentual de 32% diariamente e 16% raramente.

Na pesquisa realizada em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, encontrou-se uma frequência de realização dessa ação em um percentual de 18,67% todos os dias e 34% raramente. Em Marília⁽²⁰⁾, identificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 18,56% todos os dias e 32,93% raramente. Na pesquisa realizada no município de São Paulo⁽¹⁹⁾, identificou-se que a realização dessa ação ocorre em uma frequência de 6,25% todos os dias e 12,5% raramente; o agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 56,25%, enquanto que o agrupamento das frequências negativas resulta em 37,5%.

A ação **C6 – Utiliza recursos de informação e comunicação adequados a realidade local** foi selecionada por 51 ACS dentre as frequências positivas, totalizando 62,96%. 29 ACS selecionaram as frequências negativas, totalizando 35,80%. Essa ação é realizada no percentual de 33,33% diariamente e 33,33% raramente.

No município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, identificou que a frequência de realização dessa ação foi de 25,31% todos os dias e 28,63% raramente. Em Marília⁽²⁰⁾, observou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 22,75% diariamente e 23,35% raramente. Na pesquisa realizada no município de São Paulo⁽¹⁹⁾, identificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 0% diariamente e 43,75% raramente; o agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 43,75% e a soma das frequências negativas resulta em um percentual de 56,25%.

As ações C3 (Realiza atividades educativas para a comunidade juntamente com o enfermeiro), C4 (Realiza atividades educativas com outros ACS), C5 (Realiza atividades educativas para a comunidade sozinho) e C6 (Utiliza recursos de informação e comunicação adequados a realidade local) referem-se às ações de educação em saúde. Observa-se que as ações C4 (Realiza atividades educativas com outros ACS) e C3 (Realiza atividades educativas para a comunidade juntamente com o enfermeiro) apresentam baixa frequência de realização diariamente segundo os ACS que atuam no CGR Alto Capivari. O desenvolvimento de atividades educativas juntamente com o enfermeiro C3 teve maior frequência de realização mensalmente (45,7%) e as atividades educativas com outros ACS C4 teve maior frequência de realização semanalmente (25,9%). Para compreender melhor essa prática educativa

dos ACS com os enfermeiros, precisamos conhecer o processo de trabalho na ESF ao qual o ACS está vinculado.

O processo de trabalho dos ACS que atuam no CGR Alto Capivari, nos âmbitos das secretarias de saúde municipais dos diferentes municípios que compõem o CGR, é diferente. As equipes de Saúde da Família que compõem a ESF de cada município também apresentam diferenças na execução de seu trabalho. Isso pode ser constatado quando analisamos a ação C3 (Realiza atividades educativas para a comunidade juntamente com o enfermeiro) em cada município separadamente e verificamos que o município de Iepê realiza a ação C3 (Realiza atividades educativas para a comunidade juntamente com o enfermeiro) somente mensalmente, em um total de 38,36%; João Ramalho realiza essa ação 10% semanalmente e 40% mensalmente; Nantes realiza 20% diariamente e 40% mensalmente; Quatá realiza 5,27% diariamente e 89,47% mensalmente; e Rancharia realiza 5,88% diariamente, 38,23% semanalmente e 29,41% mensalmente. O CGR Alto Capivari não apresenta uma agenda única e protocolos de educação que designam essa ação nas diversas equipes de ESF dos municípios; isso permite que exista uma diversificação na frequência de realização dessa ação, bem como a abertura para a sua realização fragmentada e até mesmo a sua não realização.

A ação C5 (Realiza atividades educativas para comunidade sozinho) teve um percentual de 55,55% de não realização, na perspectiva do ACS. Essa informação nos mostra que o ACS não compreende sua prática cotidiana como educativa.

Em estudo realizado nas equipes de Saúde da Família da Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura do Butantã da cidade de São Paulo⁽⁶⁴⁾, observa-se que a concepção de educação em saúde que permeia o trabalho da equipe é aquela em que a educação é compreendida como transmissão de informações e de receitas para se adquirir saúde. Segundo essa pesquisa, isso caracteriza a educação na ESF como uma atividade prescritiva e normativa. A mesma pesquisa aponta que uma ação de educação em saúde capaz de apresentar impactos positivos na comunidade é aquela que resulta de uma construção pautada no respeito aos conhecimentos e às experiências dos usuários, considerando seus saberes e percepções a respeito de sua saúde.

A educação em saúde, de caráter prescritivo, configura-se em um processo de transmissão de receituários para conservar ou adquirir saúde. Os sujeitos do processo educativo são compreendidos como um “público-alvo” passivo, objeto que deve aceitar as orientações dos técnicos, detentores do conhecimento científico. Percebe-se, assim, que a concepção de educação em saúde gira em torno da finalidade de mudar comportamentos, quer por meio do instrumental de convencimento, que requer a transmissão repetida de informações, quer por meio de estratégias de amedrontamento⁽⁶⁴⁾.

Essa compreensão do trabalho educativo aproxima-se bastante de um modelo de educação que se pauta por culpabilizar o indivíduo por ficar doente, cabendo a ele, portanto, a responsabilidade pelo controle da doença. Assim, busca-se melhorar a situação de vida das pessoas a partir de recursos individuais sem que se conteste a estrutura e a dinâmica do modo de produção, que engendram as raízes dos problemas de saúde.

Os dados expostos mostram que não existe uma definição sobre a perspectiva educativa do ACS. Cabe questionar de fato o que se espera do ACS, que ele seja um visitador sanitário ou que ele seja um educador em saúde. Seja a decisão em uma ou em outra direção, é preciso capacitá-lo para isso. A aposta desta pesquisa é que ele possa ser um educador em saúde e que atividades educativas desenvolvidas por ele possibilitem a reflexão crítica dos sujeitos e das famílias e o “empowerment” da comunidade. A finalidade das práticas educativas dos ACS deve ser a ampliação das possibilidades de controle, pelo sujeito ou pela população, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência⁽⁶²⁾. Para tanto, o processo de capacitação para educação em saúde dos profissionais de saúde e dos ACS deve se basear na educação crítico-reflexiva e na metodologia problematizadora^(61, 65).

Na ação **C7 – Estimula os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença**, 75 ACS responderam realizá-la; a soma das frequências positivas atingiu um percentual de 92,59%. No que tange as frequências negativas, cinco ACS selecionaram-nas, obtendo 6,17% de não realização. Essa ação é realizada no percentual de 71,60% diariamente e 6,17% raramente.

Na pesquisa realizada no município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, verificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 71,37% todos os dias e

1,66% raramente. No município de Marília⁽²⁰⁾, observou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 65,87% diariamente e 3,59% raramente. No município de São Paulo⁽¹⁹⁾, identificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 31,25% todos os dias e 0% raramente; o agrupamento das frequências positivas resultou em um percentual de 100%.

A ação C7 (Estimula os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença) teve alto percentual de realização no CGR Alto Capivari, bem como nos municípios de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, Marília⁽²⁰⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾. A análise da ação C7 ajuda a qualificar a análise da ação C1, uma vez que parece que os ACS não só identificam a relação entre problema de saúde e a condição de vida como estimulam as famílias (os indivíduos) a fazerem também essa reflexão. Tal fato fica evidente quando analisamos a frequência de ocorrência da ação C7. Essa perspectiva aponta para a construção de certa consciência coletiva sobre os determinantes de saúde.

De acordo com a pesquisa de Sossai⁽⁶⁰⁾, o fato de os ACS serem uma figura bastante conhecida dos membros da comunidade facilita o estabelecimento de vínculos, tornando-os mais acessíveis ao acompanhamento das necessidades da população. Essa maior acessibilidade às necessidades de saúde e a confiança depositada no trabalho do ACS por parte da comunidade permitem que a ação de estimular a reflexão da população sobre suas condições de saúde e doença seja facilitada. Na verdade, o ACS, por ser parte integrante da comunidade onde reside e trabalha, sente-se corresponsável por todos os problemas afetos à saúde dessa população, buscando atender a todas as necessidades de saúde que emergem no contexto de cada família, utilizando um arsenal restrito de ferramentas que lhe é atribuído pela Estratégia Saúde da Família e pelos próprios profissionais da equipe⁽⁶⁰⁾.

Na compreensão dos principais problemas das famílias atendidas, na solidariedade e no envolvimento com as interfaces de seu trabalho, os ACS utilizam com frequência e majoritariamente o campo das chamadas “tecnologias leves”, produtoras de espaços de intercessão e relações, por meio de ações pautadas na humanização, escuta solidária, acolhimento e mediação das demandas dos usuários

para dentro dos serviços de saúde, assim como integração dos demais profissionais com a comunidade⁽⁶⁶⁾.

As ações **C8 – Orienta indivíduos quanto ao autocuidado** e **C9 – Orienta a população quanto a medidas de proteção à saúde** obtiveram uma seleção de 100% dos ACS que participaram desta pesquisa com relação às frequências positivas. Essas ações são realizadas no percentual de 84,41% diariamente e 0% raramente.

No município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, identificou-se que a frequência de realização dessas ações foi de 79,25% todos os dias e 0,83% raramente. No município de Marília⁽²⁰⁾, observou-se que a frequência de realização da ação C8 (Orienta indivíduos quanto ao autocuidado) foi de 79% diariamente e 0% raramente e que a frequência de realização da ação C9 (Orienta a população quanto a medidas de proteção à saúde) foi de 83,23% diariamente e 0,60% raramente. Na pesquisa realizada em São Paulo⁽¹⁹⁾, verificou-se que a frequência de realização da ação C8 foi de 37,25% todos os dias e 0% raramente; o agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 100%. No que tange a frequência de realização da ação C9, observa-se um percentual de 50% todos os dias e 0% raramente; a soma das frequências positivas resulta em 100% de realização. Pode-se dizer, também, que as ações C8 e C9 estão presentes na holosfera de Labonté⁽³²⁾, que fundamenta uma das teorias de Promoção da Saúde. Essas ações contribuem para a construção da autonomia e o “empowerment” dos indivíduos e das famílias frente ao processo saúde-doença e torna essas pessoas capazes de controlar algumas condições relativas à sua vida e ao cuidado (consigo mesmas e com os outros).

A ação **C10 – Orienta indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos** foi selecionada por 76 ACS em relação às frequências positivas, resultando em um percentual de 93,83%. Cinco ACS responderam que realizam essa ação raramente e nunca, resultando em 6,17%. Essa ação é realizada no percentual de 75,3% diariamente e 4,94% raramente.

Na pesquisa realizada no município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ identificou-se que essa ação é realizada em uma frequência de 62,24% todos os dias e 6,22% raramente. Na pesquisa realizada no município de Marília⁽²⁰⁾, observou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 64,67% diariamente e 8,38%

raramente. Em São Paulo⁽¹⁹⁾, verificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 43,75% diariamente e 0% raramente; o agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 100% de realização.

A ação **C14 – Orienta a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social** obteve um percentual de 76,54% de realização, tendo 62 ACS selecionado as frequências positivas. O percentual de seleção das frequências negativas para essa ação foi de 23,46%, indicando que dezenove ACS as selecionaram. Essa ação é realizada no percentual de 49,38% diariamente e 22,22% raramente.

Na pesquisa realizada no município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, verificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 31,95% diariamente e 26,14% raramente. No município de Marília⁽²⁰⁾, observou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 44,31% diariamente e 22,22% raramente. Na pesquisa realizada em São Paulo⁽¹⁹⁾, identificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 18,75% diariamente e 18,75% raramente; o agrupamento das frequências positivas resulta num percentual de 81,25%, enquanto que o agrupamento das frequências negativas resulta em 18,75%.

As ações C8 (Orienta indivíduos quanto ao autocuidado), C9 (Orienta a população quanto a medidas de proteção à saúde), C10 (Orienta indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos) e C14 (Orienta a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social) parecem integrar cotidianamente o trabalho dos ACS no CGR Alto Capivari, bem como nos municípios de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, Marília⁽²⁰⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾.

Na pesquisa realizada no município de Lins-SP⁽⁵⁹⁾, cujo objetivo foi conhecer as dificuldades sentidas pelos ACS no exercício da prática cotidiana e elucidar como eles identificam a importância do próprio trabalho para a população assistida, encontrou-se que as ações de educação em saúde citadas pelos ACS enfatizam os aspectos biológicos e curativos, com envolvimento e dedicação à prática medicamentosa. Por meio dos encaminhamentos aos serviços de saúde ou das orientações fornecidas, percebeu-se uma tendência do fortalecimento do modelo hegemônico de queixa-conduta dos nossos serviços de saúde.

Uma pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto⁽⁵¹⁾ identificou em seus sujeitos de estudo que apenas as orientações passadas por profissionais ou agentes de saúde não interferem no modo de vida das pessoas. Para impactar os modos de vida é necessário uma grande mobilização da comunidade. Essa não é apenas responsabilidade dos ACS, mas também da família, do indivíduo e da equipe, dos gestores, dos políticos e de outros setores sociais além da saúde.

No estudo realizado por Peres⁽⁴⁸⁾, ficou evidenciado que o papel dos ACS é contribuir para a construção da autonomia da comunidade diante da própria saúde e que há uma diversidade de obstáculos a interferirem na efetivação desse processo. Esses obstáculos podem estar ligados à carga cultural, a valores e às experiências vividas pelo indivíduo. Os desafios para a construção da autonomia estão vinculados, segundo a autora, ao não reconhecimento por parte da população, de que são atores da própria saúde, que suas decisões e a luta por seus direitos sociais estão diretamente associados ao nível de saúde que se pode ter, não eximindo a responsabilidade dos gestores na garantia da saúde e de direitos sociais à população. Contudo, conta-se com o profissional ACS para que em sua atividade educativa estimule a reflexão crítica da comunidade e ajude na construção da autonomia desses sujeitos.

As ações C8 (Orienta indivíduos quanto ao autocuidado), C9 (Orienta a população quanto a medidas de proteção à saúde), C10 (Orienta indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos) e C14 (Orienta a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social) têm potencial para fortalecerem a Promoção da Saúde e o “empowerment” individual e comunitário. O ponto chave para que essas ações estimulem a reflexão crítica da população e construa autonomia é o investimento na capacitação dos ACS, para que estes desenvolvam o potencial de estimular a população a refletir sobre os determinantes do processo saúde-doença e sobre seus direitos de cidadania.

O trabalho dos ACS com as famílias e as comunidades pode ser altamente transformador. Esses profissionais capacitados adequadamente podem contribuir para a construção da cidadania e o fortalecimento das comunidades mediante ações

de educação em saúde emancipadoras, que permitam orientar a população a conquistar seus direitos sociais.

Na ação **C11 – Propõe ações que utilizem as diversas secretarias existentes no município**, o percentual de realização foi de 44,44%; 36 ACS responderam que a realizam. 45 ACS selecionaram as frequências negativas de raramente e nunca, totalizando 55,55% de não realização dessa ação. Essa ação é realizada no percentual de 25,92% diariamente e 40,74% raramente.

No município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, observa-se que a frequência de realização dessa ação foi de 15,77% diariamente e 46,89% raramente. Em Marília⁽²⁰⁾, identificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 11,97% diariamente e 43,71% raramente. Na pesquisa realizada no município de São Paulo⁽¹⁹⁾, verificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 6,25% diariamente e 37,5% raramente; o agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 31,25%, enquanto que o agrupamento das frequências negativas resultou em 68,75%.

Na ação **C12 – Executa ações que atuam em parceria com outras secretarias existentes no município** obteve-se o percentual baixo de 32,09% de realização dessa ação; 26 ACS selecionaram dentre as frequências positivas. No que tange as frequências negativas, foram selecionadas por 55 ACS, resultando em 67,90%. Essa ação é realizada no percentual de 17,28% diariamente e 49,38% raramente.

Na pesquisa realizada no município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, identificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 7,47% diariamente e 56,85% raramente. No município de Marília⁽²⁰⁾, observou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 12,57% todos os dias e 46,10% raramente. Na pesquisa realizada em São Paulo⁽¹⁹⁾, verificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 6,25% diariamente e 50% raramente; o agrupamento das ações positivas resulta em um percentual de 12,5%, enquanto que o agrupamento das frequências negativas resulta num percentual de 87,5% de não realização.

Para a ação **C13 – Estabelece parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e outros**, 34 ACS responderam que a realizam, resultando em 41,97%. 46 ACS selecionaram as frequências negativas, resultando

em 56,79% de não realização dessa ação. Tal ação é realizada no percentual de 13,58% diariamente e 45,68% raramente.

Em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, observou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 46% diariamente e 48,96% raramente. No município de Marília⁽²⁰⁾, verificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 19,16% todos os dias e 28,14% raramente. No município de São Paulo⁽¹⁹⁾, identificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 6,25% diariamente e 31,25% raramente; o agrupamento das frequências positivas resultou em um percentual de 12,5% e a soma das frequências negativas resultou em 87,50%.

As ações C11 (Propõe ações que utilizem as diversas secretarias existentes no município), C12 (Executa ações que atuam em parceria com outras secretarias existentes no município) e C13 (Estabelece parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e outros), ações intersetoriais, tiveram baixa frequência de realização no CGR Alto Capivari. Observa-se, também, que a frequência diária de realização dessas ações também foi baixa no CGR Alto Capivari, em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, Marília⁽²⁰⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾, no entanto a ação C13 teve uma frequência média de realização diária no município de São Bernardo do Campo.

A realização das ações C11, C12, C13 são indicadores da existência de um trabalho intersetorial no município ou, no caso, na região. Os resultados das frequências de realização dessas ações mostram que não apenas no CGR Alto Capivari, mas em todos os municípios onde esse mapeamento de ações foi realizado, as ações intersetoriais são pouco realizadas. Isso não nos mostra uma incompetência do ACS para isso, e sim que o formato de organização das políticas e dos setores públicos no Brasil não privilegiam a existência de práticas intersetoriais. A construção de proposições nessa direção no Brasil está restrita a algumas experiências municipais.

Silva e Rodrigues⁽⁶⁷⁾ realizaram uma pesquisa para identificar experiências intersetoriais no município de Belo Horizonte-MG, onde existem algumas iniciativas, em prol da criação de parcerias intersetoriais, destinadas a melhorar a resolutividade dos problemas vividos pela população. Os pesquisadores encontraram experiências de intersetorialidade pontuais, esporádicas e desprovidas de um planejamento sistemático. Dentre as experiências relatadas neste estudo, as mais significativas

foram as que se referem à parceria da saúde e a escola. Neste mesmo estudo, verificou-se que os profissionais de saúde percebem a complexidade de certos problemas enfrentados pela população e, por conseguinte, compreendem a necessidade de intervenções de caráter intersetorial e que a intersetorialidade é uma estratégia em construção, da qual os diferentes atores, setores e segmentos sociais ainda estão se apropriando⁽⁶⁷⁾.

No município de São Paulo, em 2007, ocorreu a implantação do Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS) pela Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente, o qual faz parte da ESF e visa a promover ações intersetoriais e interdisciplinares. É uma iniciativa que une Promoção da Saúde, Meio Ambiente e Desenvolvimento Social. O programa capacita os ACS — que no caso do município de São Paulo conta hoje com mais de seis mil ACS — para serem multiplicadores na Promoção da Saúde, construindo a concepção de locais saudáveis e sustentáveis. Os ACS contribuem no reconhecimento e na compreensão dos problemas ambientais nos territórios onde atuam, mobilizando a população na implementação de ações locais de preservação, proteção e promoção do meio ambiente, associado ao bem-estar e à saúde das famílias assistidas⁽⁶⁸⁾. Outros municípios, como Curitiba e Fortaleza, estão desenvolvendo estratégias de Promoção da Saúde, como os projetos de cidades saudáveis, com intuito de responder às mudanças decorrentes da crescente urbanização e de suas consequências para a saúde e a qualidade de vida das populações⁽⁶⁹⁾.

Em estudo realizado no município do Rio de Janeiro identificou-se que a maior preocupação dos ACS era revelar o compromisso do sistema de saúde com a comunidade. Os ACS, contudo, percebiam-se impossibilitados de promover a saúde dos indivíduos e das comunidades diante da necessidade de medidas intersetoriais para a reversão da miséria e de outros determinantes importantes do processo saúde-doença⁽⁷⁰⁾.

Situações que demandam intersetorialidade, para serem resolvidas, muitas vezes são deixadas de lado pelos profissionais de saúde, por acharem que estão impossibilitados a desenvolver ações intersetoriais, aplicando uma abordagem baseada principalmente no controle de doenças crônicas e na prevenção de outros agravos. Frequentemente, os profissionais de saúde sentem-se impotentes diante dos

determinantes sociais da saúde, deparando-se com problemas como a miséria, o desemprego, a falta de higiene e a fome, dentre tantas outras situações para as quais não há cura imediata, mas são tão graves que precisam ser cuidadas⁽⁷¹⁾.

Nesse sentido, a capacitação e a educação permanente da equipe multiprofissional, em especial do ACS, são fundamentais para que os profissionais busquem atender às necessidades das famílias, direcionando o olhar e as ações de saúde para além das práticas curativas. É necessário, ainda, que os serviços de saúde e seus profissionais adotem uma forma de interação inovadora, contextualizada e em consonância com os valores das famílias nos cenários social e político⁽⁶¹⁾.

Embora existam muitos desafios para a operacionalização e a construção da intersetorialidade, a implantação de políticas públicas intersetoriais para resolução de problemas encontrados nas comunidades deve ser uma meta e prioridade dos gestores de saúde das três esferas de governo. As ações intersetoriais são pouco realizadas pelos ACS, bem como pelos outros profissionais que atuam na saúde de uma maneira geral. Para Westphal e Mendes⁽⁶⁹⁾, a implantação da intersetorialidade requer decisão política, pois implica mudanças na organização das estruturas de poder e requer, também, mudança na lógica de governo, de organização do trabalho para a prevenção ou solução de problemas existentes em um território geográfico.

Na ação **C15 – Apóia ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos** identificou-se um percentual de 59,26% de realização dessa ação. Quanto à seleção de frequências negativas, obteve-se um percentual de 40,74%. Essa ação é realizada no percentual de 44,44% todos os dias e 29,63% raramente.

Em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, observou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 41,9% diariamente e 18,67% raramente. No município de Marília⁽²⁰⁾, verificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 37,12% diariamente e 26,35% raramente. Na pesquisa realizada em São Paulo⁽¹⁹⁾, identificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 25% diariamente e 0% raramente; a soma das frequências positivas resulta em um percentual de 87,5%, enquanto a soma das frequências negativas resulta em 6,25%.

Os resultados expostos nos mostram que, embora as ações de alfabetização sejam ações de cunho intersetorial, os ACS em todas as pesquisas têm apresentado

algum envolvimento com essas ações. Essa ação demonstra o envolvimento do ACS com a comunidade que assiste. A alfabetização é um passo importante para o empoderamento das pessoas para que conheçam seus direitos como cidadãos, a autonomia que podem ter em relação ao processo saúde-doença e as implicações que estes têm como atores ativos de seu projeto de vida.

O ACS, ao colaborar com essa ação, gera subsídios para que possa haver a construção a longo prazo de usuários do SUS com pensamento crítico, no entanto o grande desafio é resolver um problema de valores e cultura. Isso significa enfrentar o dualismo e a alienação e, assim, abrir caminho para a adoção de estratégias como as da Promoção da Saúde, que privilegiam uma visão ampla e equitativa da realidade⁽⁷²⁾.

A ação C15 (Apoia ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos), quando analisada na perspectiva da holosfera de Labonté⁽³²⁾, localiza-se na intersecção das esferas *Social/Vida Comunitária* e *Emocional/Projeto de Vida*, pois, ao desenvolver essa ação, os ACS têm potencial para estimular o controle sobre a própria vida e o “empowerment” comunitário.

Na ação **C16 – Participa de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais**, dezessete ACS selecionaram as frequências positivas, resultando em um percentual de 30% de realização dessa ação. As frequências negativas foram selecionadas por 63 ACS, resultando em um alto percentual de 77,78 de não realização para essa ação.

No município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, identificou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 3,32% diariamente e 31,53% raramente. No município de Marília⁽⁴⁰⁾, observou-se que a frequência de realização dessa ação foi de 5,55% todos os dias e 46,10% raramente. Na pesquisa realizada no município de São Paulo⁽¹⁹⁾, verificou-se que essa ação foi desenvolvida na frequência de 6,25% diariamente e 31,25% raramente; o agrupamento das frequências positivas resulta em um percentual de 31,25%, enquanto que o agrupamento das frequências negativas resulta em 68,75%.

A ação C16 (Participa de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais), quando analisada na perspectiva da holosfera de Labonté⁽³²⁾, localiza-se na intersecção das esferas *Social/Vida Comunitária* e *Emocional/Projeto*

de Vida, pois quando praticada pelos ACS e demais profissionais de saúde estimula a participação da comunidade que pode desenvolver controle sobre a própria vida e o “empowerment” comunitário.

A ação C16 (Participa de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais) apresentou baixo percentual de realização no CGR Alto Capivari, com 16,05% de realização mensal, enquanto que no município de São Paulo⁽¹⁹⁾ observou 18,7% de participação mensalmente. Esses resultados mostram uma baixa participação dos ACS nos espaços políticos de decisão sobre a política de saúde regional. Os ACS são profissionais que estimulam a participação e o controle social, contudo fica difícil imaginar como eles estimulam essa participação sem estarem envolvidos no processo. Sabe-se que os Conselhos Locais de Saúde são instâncias para o planejamento, a execução e a avaliação das ações, não só no âmbito local, mas nos âmbitos municipal, estadual e federal.

De acordo com Nunes *et al.*⁽⁵⁵⁾, o ACS deve desenvolver sua habilidade política, para estimular o controle social da comunidade em que atua e desenvolver a autonomia e o “empowerment”. Para a mesma autora, a habilidade política do ACS confere a esse profissional grande autonomia nas ações relativas à resolução de problemas de saúde da população.

Nesse aspecto, o agente de saúde tem um papel importante, uma vez que, mesmo que não participe dos conselhos, está cotidianamente com a população, que o conhece como seu vizinho, compadre, amigo⁽⁷³⁾.

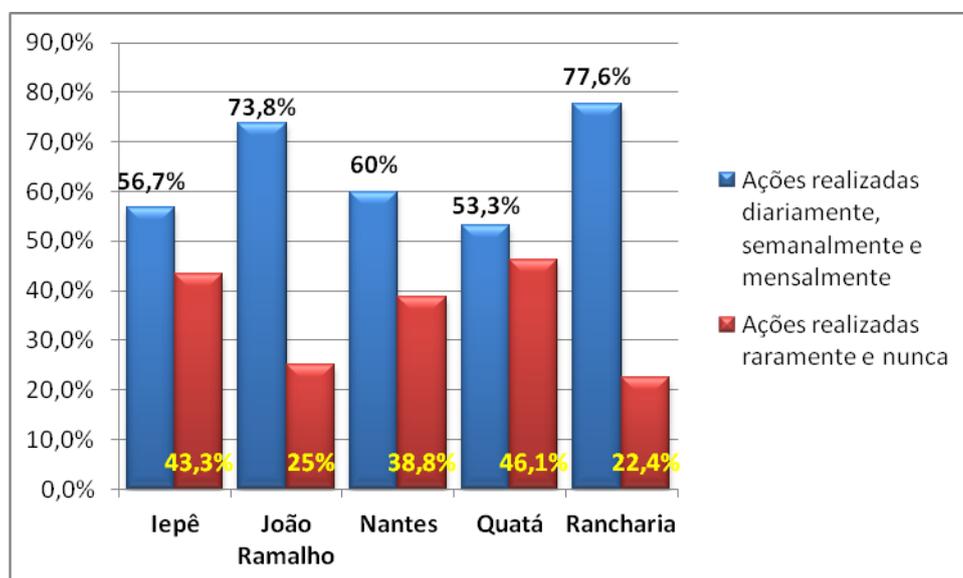
Uma ação importante do ACS é atualizar a população sobre o que ocorre nas instâncias deliberativas da saúde municipal e, assim, formar uma massa crítica junto aos usuários do sistema⁽⁷³⁾.

Dando continuidade às análises da prática de Promoção da Saúde dos ACS, resolveu-se, aqui, analisar como essas ações de Promoção da Saúde distribuíram-se nos diferentes municípios que compõem o CGR Alto Capivari.

Essa análise teve por base o fato de sabermos que os municípios têm autonomia para direcionar seu processo de trabalho, e isso pode fazer com que uns estimulem mais as ações de Promoção da Saúde do que outros. É nessa perspectiva que seguimos com as discussões a seguir.

O gráfico 7, na sequência, mostra as ações de Promoção da Saúde realizadas pelos ACS no município de Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá e Rancharia.

Gráfico 7 – Frequência das ações realizadas “diariamente, semanalmente e mensalmente” e ações realizadas “raramente e nunca” pelos ACS, na competência PROMOÇÃO DA SAÚDE (Categoria C). Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá, Rancharia, 2011.



O gráfico 7 aponta que 56,73% dos ACS que trabalham no município de Iepê referem realizar ações de Promoção da Saúde diariamente, semanalmente e mensalmente, enquanto que 43,25% realizam raramente e nunca essas ações. Ao comparar tais frequências com as encontradas no CGR Alto Capivari, cujo percentual é 66,74%, São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ 63,3% e São Paulo⁽¹⁹⁾ 65,59%, observa-se que em Iepê o percentual de realização dessa competência é menor. O município de Iepê apresenta população igual a 7628 mil habitantes e IPRS 4. Apesar de apresentar cobertura de 100% de ACS, observa-se que a frequência de realização das ações de Promoção da Saúde é classificada como média.

Observa-se que 73,75% dos ACS que atuam na Saúde da Família no município de João Ramalho realizam ações de Promoção da Saúde e que 25% realizam raramente e nunca. Observa-se que no município de João Ramalho a frequência de realização dessa competência é maior quando comparamos com CGR Alto Capivari, São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾. O município de João Ramalho apresenta 4180 mil habitantes e IPRS 4. A frequência de realização das ações de Promoção da Saúde é alto, fato que se associa à cobertura de 100% da população pelos ACS e à gestão de saúde local, que deve priorizar a realização dessas ações.

O gráfico 7 demonstra que as ações de Promoção da Saúde são realizadas pelos ACS na porcentagem de 60% no município de Nantes, enquanto que 38,75% dos ACS responderam que realizam essas ações raramente e nunca. No município de Nantes, a frequência de realização dessa competência é menor quando comparamos com CGR Alto Capivari, São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾. Nantes apresenta população igual a 2750 mil habitantes e IPRS 3. A frequência de realização das ações de Promoção da Saúde nesse município é média, apesar da cobertura de 100% da população pelos ACS. Esse dado comprova que a gestão de saúde local deve priorizar e estimular mais a realização dessas ações, além de procurar junto às outras esferas de governo a disponibilização de capacitações para os profissionais que atuam na ESF.

No gráfico 7, identifica-se que 53,29% dos ACS realizam ações de Promoção de Saúde, enquanto que 46,05% realizam raramente e nunca no município de Quatá. Esse município apresenta o menor percentual de realização da competência Promoção da Saúde, quando comparamos com os municípios de Iepê, João Ramalho, Nantes, Rancharia, São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, São Paulo⁽¹⁹⁾ e com o CGR Alto Capivari. Quatá apresenta população igual a 12.909 mil habitantes e IPRS 4. O município apresenta cobertura de 100% da população pelos ACS, no entanto verifica-se que as ações de Promoção da Saúde apresentam frequência média de realização, e é o município com a frequência menor de realização quando comparado com os demais municípios que compõem o CGR Alto Capivari. Esse resultado mostra que as ações de Promoção da Saúde são pouco realizadas e que a gestão de saúde local não prioriza muito essas ações.

No gráfico 7, observa-se que as ações de Promoção da Saúde são realizadas pelos ACS em um percentual alto, de 77,57%, no município de Rancharia, enquanto 22,43% desses profissionais realizam essas ações raramente e nunca. No município de Rancharia encontramos o maior percentual de realização da competência Promoção da Saúde, quando comparamos com os municípios de análise, com o CGR Alto Capivari, São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾. Rancharia apresenta população igual 28.809 mil habitantes e IPRS 4. A frequência de realização das ações de Promoção da Saúde no município é considerada alta; verifica-se que existe um esforço por parte da gestão local de saúde e dos profissionais que atuam na ESF para a realização dessas ações, e que, apesar de apresentar cobertura populacional de 76,96% pelos ACS, observa-se que é o município do CGR Alto Capivari que mais realiza Promoção da Saúde.

Observa-se que nos cinco municípios a frequência de realização das ações de Promoção da Saúde são diferentes. Isso comprova a nossa hipótese inicial de que cada município tem um jeito particular de priorizar a operacionalização dessas ações.

O desenvolvimento dessas ações está diretamente relacionado à importância e à valorização que os gestores de saúde desses municípios dão à Promoção da Saúde e o quanto estes, junto às equipes de Saúde da Família, estimulam a realização das ações que contemplam a competência Promoção da Saúde.

Ao analisamos por município, Rancharia apresenta o maior percentual de realização das ações de Promoção da Saúde, seguido por João Ramalho, Nantes, Iepê e Quatá. Embora em Rancharia e João Ramalho o percentual de realização da competência Promoção da Saúde seja alto, em Nantes, Iepê e Quatá observa-se um percentual médio de realização. Esses resultados comprovam que o investimento em ações que contemplam a Promoção da Saúde não é um fator preponderante, ou seja, o investimento em ações de baixa complexidade em municípios de pequeno porte não constitui um diferencial. Pode-se dizer que os investimentos são semelhantes nos municípios de médio e grande porte de acordo com o número populacional, já que os percentuais encontrados em São Bernardo do Campo⁽¹²⁾ e São Paulo⁽¹⁹⁾ são semelhantes aos encontrados na maioria dos municípios que compõem o CGR Alto Capivari.

Tais resultados comprovam que o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde está diretamente ligado à disponibilidade de capacitação aos profissionais que atuam na ESF e o quanto cada gestão municipal de saúde estimula a realização dessas ações, bem como a disponibilização de recursos pelas esferas estadual e federal para o estabelecimento das capacitações. Os gestores de saúde locais devem utilizar as potencialidades da ESF e do ACS instrumentalizando-os, para que desenvolvam as ações de Promoção da Saúde e aumentem a qualidade de vida da população.

O profissional ACS é uma ótima ferramenta para a propagação de informações que possam desenvolver o “empowerment” da população. Ao desenvolver a autonomia, esse profissional promove a saúde e conquista espaço dentro da comunidade, como facilitador e estimulador da qualidade de vida.

De certa forma, os dados aqui apresentados apontam que o ACS tem potencial e realiza ações importantes de Promoção da Saúde, contudo um dos objetivos deste estudo é verificar o quanto essas ações são capazes de promover o desenvolvimento das comunidades. Isso porque em nossa pesquisa consideramos que o ACS é o “polo” comunidade dentro da ESF e seu papel é mais do que ser “elo” entre o serviço de saúde e a comunidade.

O fortalecimento das comunidades para a Promoção da Saúde é uma estratégia que precisa ser priorizada pelas políticas públicas sociais e de saúde, pois seu desenvolvimento pode impactar positivamente nos indicadores de saúde e no desenvolvimento do poder sociopolítico das famílias, diminuindo as iniquidades existentes. Tendo em vista as características de inserção do ACS no serviço de saúde e sua identidade sociocultural, que permite uma relação de vínculo e de confiança com as famílias, esse profissional pode ser capacitado a desenvolver ações que desenvolvam as capacidades da comunidade.

O “empowerment” comunitário é a possibilidade para que indivíduos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política⁽²⁵⁾.

Entendo que a noção de “empowerment” demanda mais do que o “controle sobre os determinantes da saúde”, o “controle dos indivíduos sobre o próprio

destino”. Ser dono do próprio destino é um processo, e uma condição, que demanda a aquisição de competências tais como o desenvolvimento da autoestima e da confiança pessoal, a capacidade de analisar criticamente os meios social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para a ação social e política⁽³⁵⁾.

Para analisar o potencial do ACS para o fortalecimento das comunidades, partiu-se das ações que compõem a competência Promoção da Saúde para a construção de capacidades comunitárias. A análise das ações tomou por base a proposta de Nutbeam e Haris⁽³⁶⁾, segundo a qual a organização comunitária pode ser definida como um processo pelo qual os grupos comunitários são “ajudados” a identificar problemas e objetivos comuns, mobilizar recursos e implementar estratégias para atingir objetivos coletivamente construídos. Assim, as ideias de Nutbeam e Haris⁽³⁶⁾ estão sintetizadas na figura 3 (Síntese das dimensões da organização comunitária e da capacidade de construção comunitária) deste trabalho.

Como se pode verificar, a figura 3 possui um *eixo horizontal* e um *eixo vertical* que buscam “mostrar” por onde transitam as ações de organização da comunidade. Desse modo, Nutbeam e Haris⁽³⁶⁾ demonstram que as ações voltadas para a organização da sociedade transitam de *Ações direcionadas pelo serviço de saúde/pessoas especializadas* até *Ações direcionadas pela comunidade* (no eixo horizontal), e de *Ações voltadas para identificação de problemas* até *Ações voltadas para o fortalecimento da comunidade* (no eixo vertical). Com base nessas preposições, pensou-se, nesta pesquisa, em alocar as ações de Promoção da Saúde nos quadrantes e nos eixos. Pensando na alocação por quadrantes, ter-se-iam⁽³⁶⁾:

- *Quadrante superior esquerdo* – Ações mais direcionadas pelo serviço de saúde/pessoas especializadas e voltadas para a identificação de problemas, o que demonstraria que aqui estariam ações de Promoção da Saúde desenvolvidas mais por instituições do que propriamente pelas comunidades. Portanto, alocadas aqui teriam fraco poder de organização e fortalecimento da comunidade;
- *Quadrante superior direito* - Ações direcionadas pela comunidade e voltadas para identificação de problemas, o que para essa perspectiva de trabalho seria

o local onde estariam localizadas ações mais capazes de fortalecer a organização da comunidade;

- *Quadrante inferior direito* – Ações direcionadas pela comunidade e voltadas para seu fortalecimento — seria ótimo que as ações dos ACS se localizassem nesse quadrante;
- *Quadrante inferior esquerdo* – Ações direcionadas pelo serviço de saúde/pessoas especializadas e voltadas para o fortalecimento da comunidade; para esse estudo, a localização de ações neste quadrante seria um espaço de potência para a Promoção da Saúde.

Ao realizar o exercício de alocar as ações de Promoção da Saúde, nesse espaço, obteve-se a seguinte análise:

As ações C1 (Identifica a relação entre problemas de saúde e condições de vida), C7 (Estimula os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre suas condições de saúde), C10 (Orienta indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos) e C14 (Orienta a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para sua máxima inclusão social) situam-se no *quadrante superior esquerdo*, pois são ações desenvolvidas e construídas por um agente institucional (ACS) voltado para a identificação de problemas da comunidade.

As ações C2 (Identifica exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade), C3 (Realiza atividades educativas para a comunidade juntamente com o enfermeiro), C6 (Utiliza recursos de informações e comunicação adequados à realidade local), C8 (Orienta indivíduos quanto ao autocuidado) e C9 (Orienta a população quanto a medidas de proteção à saúde) estão localizadas no quadrante inferior esquerdo, pois são ações construídas por um agente institucional (ACS) voltadas para mobilizar a comunidade.

As ações C4 (Realiza atividades educativa com outros ACS), C5 (Realiza atividades educativas para a comunidade sozinho), C15 (Apoia ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos), C11 (Propõe ações que utilizem as diversas secretarias existentes no município), C12 (Executa ações que atuam em parceria com outras secretarias existentes no município) e C13 (Estabelece parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e outros)

encontram-se no *quadrante inferior esquerdo*, pois o ACS, ao realizar essas ações educativas e com outras secretarias, atua como agente institucional/profissional de saúde no fortalecimento da comunidade.

A ação C16 (Participa de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais) localiza-se no *quadrante inferior esquerdo*, pois embora seja uma participação institucional tem potencial para o fortalecimento da comunidade.

As ações que compõem a competência Promoção da Saúde localizam-se, em sua maioria, no *quadrante inferior esquerdo*, pois ao analisar essas ações consideramos o ACS como um profissional de saúde/agente institucional, apesar de ele ser membro da comunidade.

Ao analisarmos as ações que compõem a Competência Promoção da Saúde à luz das proposições de Nutbeam e Haris⁽³⁶⁾, identificamos que essas ações concentram-se no quadrante inferior esquerdo da figura 3, ou seja, são ações de saúde direcionadas pelo serviço de saúde e são voltadas para o fortalecimento da comunidade. Isso indica que a maioria das ações da competência Promoção da Saúde que o ACS realiza tem potencial para estimular o “empowerment” e a organização comunitária⁽³⁶⁾. No entanto, muitas pesquisas^(1, 19, 20, 48, 51, 60) que tratam desse assunto referem que a metodologia empregada no desenvolvimento dessas ações ainda está pautada em uma perspectiva curativa e biológica, apesar de existir movimentos para o fortalecimento da comunidade.

O desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde pautadas em uma perspectiva ampliada de saúde e profissionais capacitados para aplicar a metodologia adequada para promover o fortalecimento das comunidades, a longo prazo, pode desencadear mudanças e fazer com que essas ações possam encontrar-se no quadrante inferior direito da figura 3, ou seja, tais ações partiriam da comunidade para seu fortalecimento, e não somente da equipe de saúde. Quando as ações de saúde partem da comunidade, indica que o “empowerment” já se tornou parte do cotidiano das pessoas desenvolvendo sua autonomia para cuidar e lutar por seus direitos de saúde, o que influi diretamente no seu projeto de vida.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo identificar as potencialidades do ACS para a Promoção da Saúde no CGR Alto Capivari, por meio da caracterização do perfil sociodemográfico e da descrição das frequências de realização das ações que compõem as cinco competências propostas pelo Ministério da Saúde para os ACS no CGR Alto Capivari. Buscou-se, também, analisar as ações vinculadas à competência Promoção da Saúde segundo seu potencial para o fortalecimento das comunidades.

Encontrou-se que os ACS que atuam na ESF do CGR Alto Capivari são na maioria do sexo feminino, raça/cor branca, nascidos na região Sudeste, de estado civil unido, com ensino médio completo, 58% fizeram algum tipo de curso profissionalizante, 61,7% trabalhavam com carteira assinada antes de atuarem como ACS e 12,3% realizam atividade extra ao trabalho e remunerada.

Um dado que nos chama a atenção é que somente 4,93% dos ACS que participaram da pesquisa foram capacitados pelo Ministério da Saúde e da Educação. Partindo do pressuposto que a amplitude dos conhecimentos dos ACS por meio de capacitações é necessária para que estes desenvolvam a habilidade de promover ações educativas que promovam a saúde e fortaleçam a comunidade, nota-se que os gestores de saúde das três esferas de governo precisam movimentar ações para a concretude do programa de capacitação na região.

A implantação da ESF ampliou o papel do ACS, exigindo novas competências nos campos político e social, principalmente ligadas à promoção da saúde. Entretanto, o processo de qualificação desse profissional ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel⁽⁷⁸⁾.

Os ACS que atuam no CGR Alto Capivari apresentam média de quinze anos de residência no bairro onde trabalham. O tempo médio de trabalho como ACS é dois anos. Dos ACS que participaram da pesquisa, a maioria mora no bairro onde trabalha, isso comprova que os prerequisites propostos pelo Ministério da Saúde para a contratação do ACS estão sendo seguidos.

Em relação à motivação inicial para trabalharem como ACS, verificou-se que eles visualizaram uma oportunidade de emprego, embora a maioria deles tenha mencionado gostar de trabalhar na profissão.

No CGR Alto Capivari, identificamos que as competências propostas pelo Ministério da Saúde para o profissional ACS de maneira geral têm sido desenvolvidas. A competência A (Integração da equipe com a população local) apresenta 90,62% de realização, a B (Planejamento e Avaliação) apresenta 71,5% de realização, a C (Promoção da Saúde) apresenta 66,74%, a D (Prevenção e Monitoramento de risco ambiental e sanitário) apresenta 82,96% e a E (Prevenção e Monitoramento a grupos específicos e morbidades) apresenta 86,58%. Esse perfil de frequência de realização das competências é muito semelhante com o encontrado em outros municípios. O que mostra que existe um certo “padrão” de atuação do ACS no que tange essas competências.

Observa-se que a competência mais realizada é a A (Integração da equipe com a população local), o que comprova que os ACS compreendem o seu papel de mediador social.

O papel de mediador social exercido pelos ACS apresenta-se como elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado⁽⁵⁴⁾.

Contudo, é evidente que o ACS possui um papel essencial para a consolidação do SUS, não só por facilitar o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, mas principalmente por ser o elo entre as equipes de saúde e a comunidade; fortalecendo as relações, facilitando o potencial diagnóstico das situações de risco e atuando como agente de organização da comunidade com vistas à transformação de suas condições de saúde. No entanto, “não se pode colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser a “mola propulsora da consolidação do SUS”. Na prática, esse processo depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores⁽⁷⁴⁾.

Analisando a competência de Promoção da Saúde de forma mais específica, pode-se entender que esta enfatiza a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle do setor saúde pela sociedade⁽¹⁸⁾.

Essa breve análise temporal da evolução da Promoção da Saúde no Brasil nos mostra a importância de irmos construindo práticas sociais e de saúde que possam fortalecer e dar um caráter mais tecnológico àquilo que consideramos Promoção da Saúde.

Nesse sentido, vale apontar que as discussões sobre Atenção Básica e Promoção da Saúde já vêm apontando características que as práticas profissionais devem possuir para dar concretude à Promoção da Saúde. Dentre essas características, vale a pena destacar aquelas que consideramos inerentes aos ACS⁽²¹⁾:

- A competência cultural, que trata da capacidade das equipes de saúde em reconhecer as múltiplas particularidades e necessidades específicas de subpopulações, que podem estar afastadas dos serviços pelas peculiaridades culturais, como diferenças étnicas e raciais, entre outras; e
- A orientação comunitária, que se refere ao entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos/famílias/populações relacionam-se ao contexto social, e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento desse contexto social.

A competência C (Promoção da Saúde) é a menos realizada no CGR Alto Capivari, como no município de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, São Paulo⁽¹⁹⁾ e Marília⁽²⁰⁾. Quando analisamos o percentual de realização dessa competência por município do CGR Alto Capivari, verifica-se que em Iepê essa competência é realizada em um percentual de 56,7%, em João Ramalho de 73,8%, em Nantes de 60%, em Quatá de 53,3% e em Rancharia de 77,6%. Observa-se que em Rancharia essa competência tem alto percentual de realização, enquanto que em Quatá tem o menor; isso comprova que existem diferenças na gestão de saúde municipal e que cada município prioriza e facilita as ações de Promoção da Saúde à sua maneira.

A semelhança encontrada na frequência de realização da competência Promoção da Saúde nos municípios de São Bernardo do Campo⁽¹²⁾, São Paulo⁽¹⁹⁾,

Marília⁽²⁰⁾ e no CGR Alto Capivari mostra que não há maior investimento nas ações de Promoção da Saúde em municípios pequenos.

Dentre as dificuldades e os desafios para a operacionalização das ações de Promoção da Saúde, destacamos a atribuição de ações que não estão no contexto, objetivos e pressupostos da ESF aos ACS; número de famílias além do preconizado; políticas e gestão de saúde local não privilegiam essas ações; pouca oferta de capacitação para os profissionais da ESF.

Sossai⁽⁶⁰⁾ relata em sua pesquisa que, apesar das fragilidades encontradas na prática profissional, é inegável o benefício que o trabalho do ACS traz para a comunidade que ele acompanha. A mesma autora considera que o ACS é um profissional essencial para o avanço da ESF e da Promoção da Saúde, pois, por serem eles do mesmo universo cultural da comunidade, conseguem identificar as necessidades de saúde da população e intervir com maior êxito, articulando seu trabalho com o da equipe⁽⁶⁰⁾.

Observa-se que os ACS, assim como os gestores de saúde municipal e a ESF do CGR Alto Capivari, priorizam a realização das competências que estão mais relacionadas ao controle de doenças. Essa prática é reforçada pelas metas que o Ministério da Saúde e o Estado estipulam para esses municípios, fazendo com que as ações de Promoção da Saúde sejam menos realizadas.

Nesta pesquisa, ao analisarmos as atividades que compõem a competência Promoção da Saúde no CGR Alto Capivari, encontramos que a ação C1 (Identifica a relação entre problemas de saúde e condições de vida) apresenta alto percentual de realização, indicando que, ao realizarem a visita domiciliária, os ACS fazem a ligação entre as condições de vida das famílias e seus problemas de saúde.

A atividade C2 (Identifica exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade) apresenta alto percentual de realização no CGR Alto Capivari, indicando que os ACS, ao realizarem suas visitas, têm identificado processos positivos que indicam Promoção da Saúde na comunidade assistida.

Com relação às ações de educação em saúde C3 (Realiza atividades educativas para a comunidade juntamente com o enfermeiro), C4 (Realiza atividades educativas com outros ACS), C5 (Realiza atividades educativas para comunidade sozinho) e C6 (Utiliza recursos de informação e comunicação adequados à realidade

sozinho), verificou-se que a maioria destas apresenta médio percentual de realização no CGR Alto Capivari, o que indica que a educação em saúde tem pautado as ações desenvolvidas pelos ACS. Embora muitos ACS não façam a ligação entre suas ações e a educação em saúde, esta pesquisa demonstrou que essas ações têm sido realizadas.

Ações educativas que impulsionam a reflexão crítica da realidade possibilitam a construção do “empowerment” individual e comunitário e o desenvolvimento da autonomia dos usuários do SUS, para que atuem de forma efetiva no seu processo saúde-doença, projeto de vida e para o reconhecimento dos seus direitos como cidadãos que contribuem para receita pública.

A ação C7 (Estimula os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença) teve alto percentual de realização, o que demonstra que a situação particular do ACS de estar em contato com o universo cultural da comunidade facilita sua inserção e acessibilidade às necessidades de saúde desses indivíduos, além de gerar confiança, o que permite aos ACS estimularem a reflexão sobre o processo saúde-doença pela população.

As ações C8 (Orienta indivíduos quanto ao autocuidado), C9 (Orienta a população quanto a medidas de proteção à saúde) e C14 (Orienta a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para sua máxima inclusão social) apresentam alto percentual de realização no CGR Alto Capivari. Essas ações integram cotidianamente o trabalho dos ACS que atuam no CGR Alto Capivari, e, segundo os ACS, estão sendo realizadas; no entanto, outras pesquisas realizadas nos municípios de Marília⁽⁴⁸⁾, Ribeirão Preto⁽⁵¹⁾ e Lins⁽⁵⁹⁾ evidenciam que essas ações estão pautadas em uma prática educativa prescritiva e com foco nos aspectos biológicos e curativos.

Essas ações educativas apresentam potencial para o desenvolvimento do “empowerment” individual e coletivo, desde que sua didática incorpore ferramentas que gerem o movimento concreto e emancipatório para o desenvolvimento de consciências críticas.

As ações C11 (Propõe ações que utilizem as diversas secretarias existentes no município), C12 (Executa ações que atuam em parceria com outras secretarias existentes no município) e C13 (Estabelece parcerias com creches, asilos, escolas,

comerciantes, grupos sociais e outros) apresentam baixo percentual de realização no CGR Alto Capivari. Essas ações de cunho setorial são pouco desenvolvidas pelos ACS que atuam no CGR Alto Capivari, lembrando que tais ações não são só de responsabilidade dos ACS, e sim de todos os profissionais da saúde, outros equipamentos sociais e gestores de saúde das esferas municipal, estadual e federal.

As políticas públicas sociais e de saúde não privilegiam a realização de ações intersetoriais. Para a mudança desse paradigma, propõe-se uma nova configuração da arquitetura dos equipamentos sociais e a construção de políticas intersetoriais, já que a solução de problemas de saúde complexos e que perpassam o campo da saúde pode ser encontrada nas ações intersetoriais.

A ação C15 (Apoia ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos) apresenta médio percentual de realização no CGR Alto Capivari. Esse resultado demonstra que, embora as ações de alfabetização sejam ações de cunho intersetorial, os ACS em todas as pesquisas que tratam do assunto têm apresentado algum envolvimento com essas ações. A alfabetização possibilita o empoderamento da população e o desenvolvimento de habilidades para lutar pelos seus direitos.

A ação C16 (Participa de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais) apresenta baixo percentual de realização no CGR Alto Capivari. Esse resultado aponta que os ACS pouco participam das reuniões do Conselho Local de Saúde da ESF e do Conselho Municipal de Saúde. A participação desses profissionais, bem como de todos os membros da equipe nos espaços de decisão da saúde, é primordial para que possam lutar pelas necessidades da população e conhecer a disponibilidade de recursos para o desenvolvimento das ações de saúde. Os profissionais de saúde devem estimular a participação da população nesses espaços, para que desenvolvam a consciência política e possam participar dos processos decisórios que envolvem a saúde.

Os conhecimentos exigidos no processo de trabalho do ACS são bastante complexos e diversificados, apontando, também, ao fato de esses conhecimentos transcenderem o campo da saúde por requererem a aprendizagem de aspectos que estão presentes nas condições de vida da população e que exigem uma atuação

intersetorial. Para tanto, apontamos o desafio desses profissionais em desenvolver suas competências, sem a capacitação necessária.

De acordo com Tomaz⁽⁷⁴⁾, três aspectos devem ser levados em conta ao discutir o processo de formação ou qualificação de recursos humanos: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e quais competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional. Entende que o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel. Defende a necessidade de utilizar métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante e, quando possível, incluindo novas tecnologias, como a educação a distância. Inclui, ainda, a necessidade de abordar no programa educacional competências “transversais”, como a capacidade de trabalhar em equipe e a comunicação.

As ações que compõem a competência C – Promoção da Saúde do ACS são direcionadas em sua maioria pelos profissionais de saúde no CGR Alto Capivari e apresentam potencial para fortalecer as comunidades. No entanto, para que a operacionalização dessas ações provoque impacto nas populações é preciso capacitar esses profissionais de forma que desenvolvam habilidades e consigam mudar as perspectivas de saúde e doenças nas comunidades.

Ao pesquisarmos o trabalho desenvolvido pelos ACS na ESF do CGR Alto Capivari, verificou-se que, segundo esses trabalhadores da saúde, a competência Promoção da Saúde está sendo realizada em um percentual médio de realização, ou seja, é realizada em menor percentual quando comparada com as demais competências propostas pelo Ministério da Saúde. Contudo, apostamos que o emprego de uma capacitação estruturada a esses profissionais pode, sim, fazer com que estes tenham a possibilidade de realizar mais as ações de Promoção da Saúde. Os ACS apresentam características importantes e particulares, como a identidade cultural da comunidade onde trabalham que lhes possibilita ter um maior potencial para desenvolver ações que promovam a saúde.

Este estudo aponta para a necessidade de continuar as pesquisas que englobam o trabalho dos ACS e a operacionalização da competência Promoção da

Saúde, para que a elaboração de estratégias que facilitem o desenvolvimento dessas ações com foco no conceito ampliado de saúde e na ampliação de habilidades para o controle dos determinantes do processo saúde-doença sejam desenvolvidas pelos serviços de saúde e pela comunidade.



REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems. Pakistan; 2010.
2. Alves KVG. O que sabe o agente comunitário de saúde? [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
3. Silva JA. O agente comunitário de saúde do projeto qualis: agente institucional ou agente da comunidade? [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.
4. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 1998;8(2):11-48.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programas de agentes comunitários de saúde. Brasília; 1994a.
6. Brasil. Ministério da Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília; 1994b.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília; 2003. p. 91-106.
8. Brasil. Decreto n. 3.189, de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1999.
9. Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002.
10. Brasil. Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006.

11. Schmidel JPC. Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção [dissertação]. Rio de Janeiro: Sergio Arouca, Escola Nacional de Saúde Pública; 2009.
12. Santos LPGS. A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
13. Franco T, Merhy E. PSF: Contradições e novos desafios. In: 10ª Conferência Nacional de Saúde Online; 1996. Brasília (DF), BR [evento na internet] Brasília: Ministério da Saúde; 1996. [citado 2011 set. 15]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. p. 7-10.
15. Souza HM. Programa de Saúde da Família no contexto do sistema único de saúde. In: Anais do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família; 1998; Brasília (DF), BR. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 24-26.
16. Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde na mediação dos saberes [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, 2007.
17. Chiesa AM, Fracolli LA. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. Rev. Bras. Saúde Família. 2004;5(7):42-49.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional. Brasília; 2004.
19. Almeida EZ. As concepções do agente comunitário de saúde sobre promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
20. Pinto AAM. As potencialidades do agente comunitário de saúde na efetivação da promoção da saúde: uma análise das suas ações no município de Marília-SP [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
21. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília; 2007.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2007.
23. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000;5(1):163-177.
24. Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 141-159.
25. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(4):1088-1095.
26. Brasil. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília; 1996.
27. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 15-38.
28. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Eggert AB, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: uma trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto-enferm*. 2006;15(2):352-358.
29. Organização Mundial da Saúde (OMS). 7ª conferência internacional de Promoção da Saúde. *Boletim Informativo*. 2009;(1):2p.
30. Dowbor TP. O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa de Saúde da Família do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2008.
31. Caplan R. The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. *Health Promotion International*. 1993;8(2):147-157.
32. Labonté R. *Health Promotion and empowerment: practice frameworks*. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto; 1996.
33. Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MDLOR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n.esp2):1352-1357.
34. Chiesa AM, Westphal MF. The integration of quali-quantitative techniques in health promotion: experiences developed in Brazil. In: *Book of abstracts of World Conference on Health Promotion and Health Education*. Paris: UIPES; 2001. p. 20.

35. Wallerstein N. Powerless, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*. Michigan. 1992;6(3):197-205.
36. Nutbeam D, Haris E. *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories*. 2ª ed. Austrália: McGraw-Hill; 2005.
37. Rothman J. Approaches to community intervention. In: Rothman J, Erlich JL, Tropman JE, editores. *Strategies of community interventions*. Peacock Publishers: Illinois; 2001.
38. Minkler, M. *Community organizing and community building for health*. New Jersey: Rutgers University Press; 1999.
39. Rissell C. Empowerment: the holy grail of health promotion. *Health promotion international*. 1994;9(1):39-47.
40. Bush R, Dower J, Mutch A. *Community capacity index manual*. Australia: Centre for Primary Health Care/ The University of Queensland; 2002.
41. Baquero M. *A pesquisa quantitativa nas ciências sociais*. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2009.
42. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
43. Ermel CE, Bigio FM, Evangelista AFR, Gomes MFP, Fracolli LA. Algumas perspectivas para análise da gestão da saúde no estado de São Paulo (Brasil). *Ciê. saúde coletiva*. 2011; 16(3):1899-1906.
44. Fundação SEADE. *Perfil Municipal. Anuário estatístico do Estado de São Paulo*: 2011. São Paulo
45. Departamento de Atenção Básica (DAB). *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família*. Brasília; 2011.
46. Ministério da Saúde. *Sala de situação em saúde*. Brasília; 2011.
47. Antunes MJM, Silva IA, Egrý EY, Sena RR, Almeida MCP. *Manual do pesquisador: orientação para o trabalho de campo*. Brasília (DF): ABEn; 1997.

48. Peres CRFB. O trabalho do agente comunitário de saúde no município de Marília-SP [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2006.
49. Silva MMF. Promoção da Saúde: percepções dos agentes comunitários de saúde a partir da sua formação e da sua prática [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.
50. Galavote HS. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(1):231-240.
51. Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto- São Paulo. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
52. Sistema FIRJAN. Índice FIRJAN de desenvolvimento municipal. Rio de Janeiro; 2011.
53. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):657-664.
54. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000.
55. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1639-1646.
56. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1304-1313.
57. Stotz EN, David HMSL, Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev APS*. 2009;12(4): 487-497.
58. Czeresnia D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.

59. Baralhas M. O agente comunitário de saúde: representações e dificuldades acerca da prática cotidiana da assistência [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2008.
60. Sossai LCF. Atenção primária à saúde no município de Marília-SP: repensando o trabalho do agente comunitário de saúde. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
61. Noronha MGRCS, Cardoso OS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família?. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009;14(2):497-506.
62. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde soc*. 2009;18(4):744-755.
63. Santos MR, Pierantoni CR, Silva LL. Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelos do Brasil. *Physis*. 2010;20(4):1165-1181.
64. Trape CA, Soares CB. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(1):142-149.
65. Besen CB, Souza Netto M, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. *Saúde soc*. 2007;16(1):57-68.
66. Merhy EE. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
67. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5):762-9.
68. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS). Diário do PAVS. 2011.
69. Westphal MF, Mendes R. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Rev. Adm. Pública*. 2000;34(6):47-61.
70. Zanchetta MS, Leite LC, Perreault M, Lefebvre H. Educação, crescimento e fortalecimento do agente comunitário de saúde: estudo etnográfico. *Online Brazilian Journal of Nursing*

71. Duarte RL, Silva Junior DS, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface*. 2007;11(23):439-437.

72. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não!. *Saúde Soc*. 2004;13(1):14-24.

73. Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. *Rev Eletr Enf*. [periódico na internet].2000 [citado 2010 Ago 15];2(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Agente.html.

74. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface (Botucatu)*. 2002;6(10):84-87.



ANEXOS

8 - ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO-DEMÓGRAFICO 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 possui? _____

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 01 resposta)

1. () Associação de bairro/moradores

2. () Associação de pais e mestres

3. () Conselho tutelar

4. () Igreja/ comunidade religiosa

5. () Outros. Qual?

ATVCOM

Nome do município de Trabalho? _____

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 micro-área de atuação (creches, escolas, associações)	B3					
	Ao identificar riscos sociais (tráfico de drogas, violência doméstica, etc) em sua micro-área de atuação faz a análise da situação	B4					
	Ao identificar riscos ambientais (esgoto, grandes avenidas, etc) em sua micro-área 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 micro-área de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde	B9					
	Estabelece ações para resolução dos problemas de saúde de sua micro-área 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, etc) 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, etc) 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, 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 micro-área de atuação	D2					
	Informa à população sobre a ocorrência de situações de risco, na micro-área 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 morbidades (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 morbidades (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: “As potencialidades do Agente Comunitário de Saúde na efetivação da Promoção da Saúde: em foco a DRS de Presidente Prudente”

Pesquisadora responsável: **Maria Fernanda Pereira Gomes**

Orientadora: **Prof^a. Dr^a. 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 objetivos identificar as potencialidades do agente comunitário de saúde na efetivação da promoção da saúde no Colegiado de Gestor Regional Alto Capivari da DRS de Presidente Prudente; caracterizar o perfil sócio-demográfico dos ACS; Identificar as ações realizadas pelos ACS com base nas competências propostas pelo Ministério da Saúde; Comparar as frequências de ocorrências das diferentes competências e das ações nas diferentes competências; e Analisar as percepções dos ACS sobre a realização das ações referentes à competência Promoção da Saúde
3. Como procedimentos metodológicos os dados serão coletados a partir da aplicação de um questionário para a caracterização do perfil sócio-demográfico 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 através 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 as quais se refere o estudo e em instâncias públicas como congressos, periódicos e afins.

7. Maiores esclarecimentos poderão ser obtidos com a pesquisadora responsável Maria Fernanda Pereira Gomes – fone: (14) 3417 - 2893, e com a orientadora da pesquisa Lislaine Aparecida Fracoli - fone: 3066 - 7652 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP - fone: 3066-7548 e email: edipesq@usp.br

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.

Município..... de..... de 20.....

Assinatura do colaborador

Assinatura do pesquisador

ANEXO D - PROTOCOLO DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA EEUSP



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 07 de outubro de 2010.

Ilm.ª Sr.ª
Maria Fernanda Pereira Gomes

Ref.: Processo nº 963/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "AS POTENCIALIDADES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA EFETIVAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: EM FOCO O COLEGIADO GESTOR REGIONAL DE ALTO CAPIVARI", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo