

A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO UMA ATRIBUIÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM ESTUDO DESCRITIVO

THE PROMOTION OF THE HEALTH AS AN ATTRIBUTION OF HEALTH COMMUNITY AGENTS: A DESCRIPTIVE STUDY

FÁTIMA AP. FERREIRA TEIXEIRA DE CARVALHO¹
LISLAINE APARECIDA FRACOLLI²
LUCIANA PATRIOTA GUSMÃO SOARES DOS SANTOS³

1. Enfermeira, Fonoaudióloga, Especialista em Saúde Pública, Mestranda em Enfermagem, Docente do Centro Universitário Lusíada – UNILUS. Rua Inglaterra, nº 21 ap. 23 – Ponta da Praia Santos/SP – 11030-510 Brasil – enfatima@uol.com.br
2. Enfermeira, especialista em Saúde Pública, Mestre em Educação Especial, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade de São Paulo.
3. Mestre em Enfermagem, Enfermeira do Programa Saúde da Família no Município de São Bernardo do Campo – SP.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo identificar as ações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) — relativas a promoção da saúde, prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário, e analisá-las sob a perspectiva do seu aperfeiçoamento. Para isso optou-se por uma pesquisa exploratória do tipo quanti-qualitativa. Foram sujeitos desse estudo 241 ACS. Para a coleta de dados construiu-se um inventário de ações para os ACS. Os dados foram analisados à luz do paradigma da promoção da saúde. Como resultado da análise, verificou-se que as ações que compõem essa competência são realizadas pelos ACS de forma heterogênea. A promoção da saúde precisa das políticas públicas para concretizar suas ações. Sendo assim, conclui-se pela necessidade de repensar essas ações que o ACS tem assumido.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde, promoção à saúde, saúde coletiva.

ABSTRACT

This article has like objective to identify the actions performed to the ACS (Health Communal Agents) referring to stimulate the growth of the health, Prevention and monitor of ambient and sanitary risk, and to analyze them under perspective of empowerment. Therefore it was selected a exploratory research quanti-qualitative type. We submitted 241 ACS in this study. It was created an inventory of actions to the ACS to collect the date. The date had been analyzed to the light of the paradigm of the Health Promotion. As result of the analysis was proven that the actions that composes this ability are performed of heterogeneous form for the ACS. The Health Promotion needs public politics to materialize its action, being thus, is concluded for the necessity to rethink these actions where the ACS has assumed.

Key-words: Community Health Work, Promoting Health, Community Health.

INTRODUÇÃO

A questão norteadora deste estudo é identificar em que perspectiva os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão atuando, se numa perspectiva predominante de recuperação da saúde e, portanto reproduzindo o modelo de assistência centrado no médico, no hospital, na patologia, na visão biologicista do processo saúde-doença; ou se estão atuando numa perspectiva de promoção da saúde, no sentido de agirem baseados numa visão de processo saúde-doença ampliada, que toma como centralidade os problemas/necessidades de saúde da comunidade onde trabalham e moram, com intervenções que promovam a emancipação e a autonomia dos indivíduos, em busca de uma melhor qualidade de vida, construída coletivamente.

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

Na discussão sobre incremento de poder das populações, a OPAS destaca que *“a promoção da saúde visa trabalhar através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades - a posse e o controle os seus próprios esforços e destino. Uma comunidade que trabalha para atingir objetivos comuns adquire força e consciência de sua capacidade e poder coletivos para enfrentar e resolver problemas que atingem a todos”*.

Nesse sentido, resolveu-se analisar as competências propostas pelo Ministério da Saúde: **promoção da saúde** e **prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário** na perspectiva do fortalecimento das comunidades, ou seja, do quanto essas competências propostas para o ACS podem contribuir para que indivíduos e famílias aumentem o controle sobre sua vida.

Rowlands explorou o processo de ampliação de poder ou fortalecimento nos níveis pessoal (que desenvolve um sentido de auto-estima e capacidade), relacional (que desenvolve a habilidade para negociar e influenciar a natureza das relações, e decorrente tomada de decisões) e coletivo (indivíduos que trabalham para gerar um impacto maior, como a formação de uma cooperativa, ou o envolvimento com as estruturas políticas).

Conforme análise de Wallerstein, para essa ampliação de poder comunitário é preciso reduzir fatores de risco, tanto sociais como físicos, através do senso de comunidade, do aumento da participação nas tomadas de decisão e ações comunitárias, bem como o aumento da empatia.

Ciclicamente, se alcançada essa etapa, teremos o fortalecimento psicológico (em que as pessoas têm “auto-eficiência” para agir, estão politizadas, motivadas e confiam nas ações do grupo), através da conscientização e do pensamento crítico; e o incremento comunitário (que tem como fator o aumento da ação local, o fortalecimento da rede social, a competência comunitária, as condições de transformação, a melhora nas políticas de saúde e os recursos para o acesso e a equidade). Assim, o objetivo deste estudo foi descrever e analisar as atribuições do ACS na promoção da saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Cenário do Estudo

Esta pesquisa foi realizada no município de São Bernardo do Campo, localizado na sub-região sudeste da região metropolitana de São Paulo. São Bernardo do Campo conta com 15 equipes de PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde), localizadas em 13 bairros (Parque São Bernardo, Leblon, Farina, Alves Dias/Nazareth, Riacho, Baraldi, Silvina, Ipê, Batistine, União, Alvarenga, Ferrazópolis, Represa), com 306 ACS, os quais assistem aproximadamente 253.976 habitantes.

Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados

A coleta de dados deste estudo foi realizada através da aplicação de um questionário para a caracterização dos ACS, e um formulário (anexo 1), que procurou identificar as ações que esse profissional realiza, bem como a frequência com a qual executa essas ações. O instrumento de coleta de dados foi construído tomando por base as competências/habilidades esperadas do ACS, segundo documento formulado pelo Ministério da Saúde. Realizou-se um pré-teste do instrumento, após aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa.

Para se proceder à coleta de dados foi realizada uma apresentação do projeto de pesquisa na Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, representada pela coordenadora técnica do PACS em São Bernardo do Campo. Em seguida agendou-se uma reunião com cada equipe do PACS e seu respectivo enfermeiro responsável. Na data agendada, realizou-se uma reunião com os ACS, para uma breve apresentação do projeto de pesquisa. Foi dada a oportunidade para esclarecimento de dúvidas e questionamentos sobre a pesquisa, bem como sobre a participação individual voluntária dos ACS. Aos ACS que aceitaram participar da pesquisa e, portanto, permaneceram na sala de reuniões, a pesquisadora entregou o questionário e o formulário, que foram preenchidos no local e entregues, quando de seu término, à pesquisadora. O tempo ocupado para essa atividade foi de no máximo 50 minutos. Após essa etapa, os dados foram organizados com o auxílio do programa computacional SPSS.

Procedimentos ético-legais

O presente trabalho passou por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, pois a Secretaria Municipal de São Bernardo do Campo não conta com um comitê de ética em pesquisa. Após a aprovação, iniciou-se a coleta de dados. O Termo de Consentimento livre e esclarecido foi feito em 2 vias, e teve linguagem acessível, abordando justificativa, objetivos e procedimentos, riscos possíveis e benefícios esperados, garantia de liberdade para recusar, participar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ou constrangimento, garantia de sigilo assegurando privacidade dos sujeitos, confidencialidade dos dados, nome do pesquisador responsável, e contato.

Sistematização e análise dos dados

Foram respondentes da pesquisa 241 ACS que trabalhavam no PACS de São Bernardo do Campo no ano de 2005, cobrindo, na época de realização da pesquisa, a totalidade dos ACS que estavam atuando no programa. O questionário solicitou ao ACS informações sobre seu trabalho e sobre seu perfil profissional. O conteúdo dos instrumentos

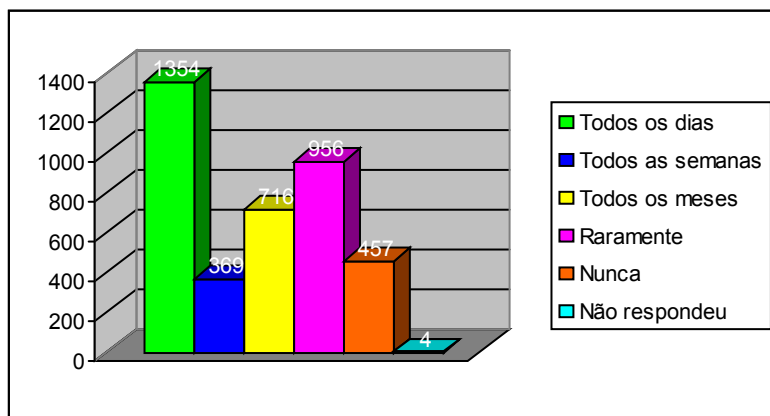
de coleta foi organizado em um banco de dados no programa computacional SPSS, e analisado nesse mesmo programa. A análise baseou-se na frequência simples das ocorrências.

RESULTADOS

A competência PROMOÇÃO DA SAÚDE, composta por 16 ações (anexo 1), está relacionada principalmente com a identificação das condições de vida e problemas de saúde, exemplos de promoção à saúde, realização de atividades educativas, individualmente ou em equipe, orientações preventivas, adequação da informação à realidade encontrada, estímulo à reflexão comunitária, parceria com outros serviços municipais ou da própria comunidade, apoio a ações sociais de alfabetização e participação em conselhos locais de saúde.

O gráfico a seguir mostra a distribuição das ações dessa competência, e demonstra que, do total das possíveis respostas para cada pergunta feita aos 241 ACS (3856 respostas), a distribuição deu-se da seguinte forma:

Gráfico 1 – Distribuição, por frequência, das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência PROMOÇÃO DA SAÚDE. São Bernardo do Campo, 2005.

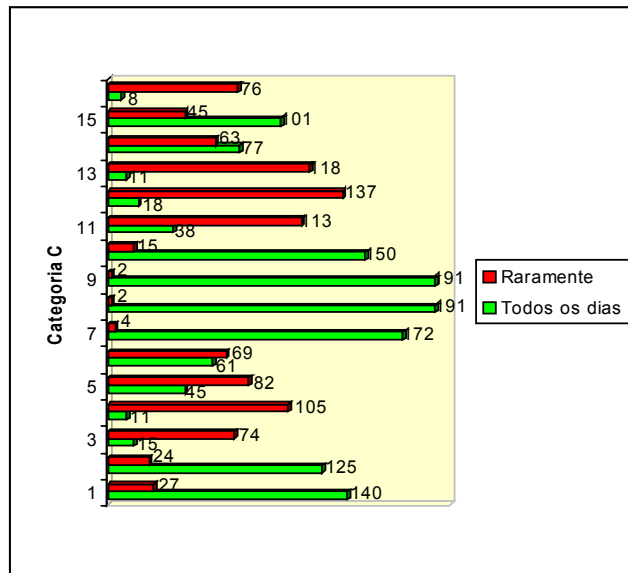


Observamos, no gráfico 1, que 35,1% dos ACS fazem atividades relacionadas à promoção da saúde diariamente; 9,6% realizam as ações semanalmente; 18,6%, mensalmente; 24,8%, raramente, e 11,8% nunca realizam atividades relacionadas à promoção da saúde. Quatro ACS (0,1%) não responderam a uma das atividades citadas.

Com base nos dados apresentados acima, em relação ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde como competência e habilidade para a PROMOÇÃO DA SAÚDE, constata-se que, no geral, a maioria dos ACS desenvolvem essas atividades diariamente, mesmo existindo um número considerável de ACS que referem realizar as ações apenas raramente, ou seja, as ações dessa competência se polarizam entre diariamente e raramente, indicando diferentes condutas nas diferentes equipes.

As ações realizadas com maior frequência e com menor frequência podem ser visualizadas no gráfico abaixo.

Gráfico 2 - Frequência das ações mais e menos realizadas pelos ACS, na competência PROMOÇÃO DA SAÚDE. São Bernardo do Campo, 2005.



C1	Identifica a relação entre problemas de saúde e condições de vida
C2	Identifica exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade
C3	Realiza atividades educativas para a comunidade (palestras, campanhas, mutirões; mutirões etc) 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, etc) 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 os dejetos entre outros)
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, e comerciantes, grupos sociais e outros
C14	Orienta a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social
C15	Apóia ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos
C16	Participa de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais

O gráfico 2 acima mostra que todos os dias 79,3% dos ACS orientam os indivíduos quanto ao autocuidado e quanto a medidas de proteção à saúde, e 71,4% estimulam os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença.

Raramente, para 56,8% dos ACS, são executadas ações em parceria com outras secretarias existentes no município e 46,9% deles praticamente não fazem nenhuma

proposta de ação para tal parceria. Quanto a outras parcerias, como creches, escolas, asilos, comerciantes, grupos sociais e outros, 49% quase não estabelecem esse vínculo.

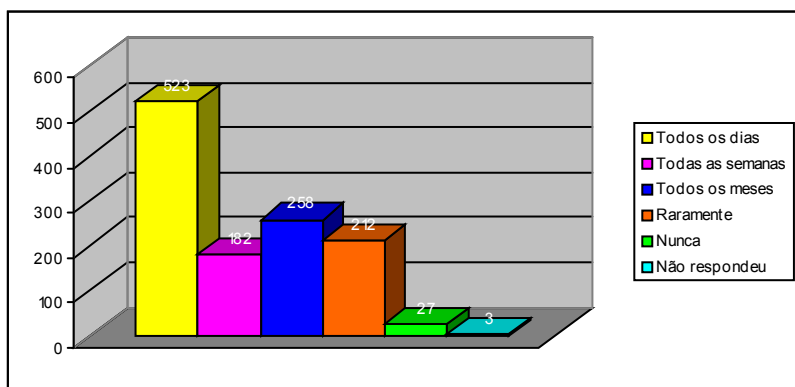
É interessante observar que 25,3% referem utilizar recursos de informação e comunicação adequados à realidade local diariamente, e 28,6% referem que raramente fazem isso. Todos os dias 32% orientam a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão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

O ACS, em São Bernardo do Campo, na sua maioria, identifica a relação entre os problemas sociais e as condições de vida (58,1%). Assim, ações que estimulam os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença, bem como as orientações para autocuidado, identificam o ACS com sua comunidade. Pode-se observar que a relação com ela é mais estreita, ou seja, quando o ACS necessita orientar os indivíduos e a comunidade, isso lhe parece ser realmente de sua competência, ao passo que ao necessitar de contatos com outros serviços, para estabelecer parcerias, isso não é facilmente posto em prática por ele. O serviço tende a centralizar as ações no enfermeiro, e acaba por inibir outras ações espontâneas de parceria entre o ACS e a comunidade e outros serviços, tanto que as atividades educativas não são realizadas com frequência por todos os ACS, o que pode ser reflexo dessa centralização.

Na competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO, temos 05 ações em que se observa que estão relacionadas principalmente com aquelas relativas à identificação e à orientação sobre as condições ambientais e sanitárias que promovam risco para a saúde da comunidade, como pode ser observado no gráfico abaixo.

O gráfico demonstra que, do total das possíveis respostas para cada pergunta feita aos 241 ACS (1205 respostas), a distribuição deu-se como segue.

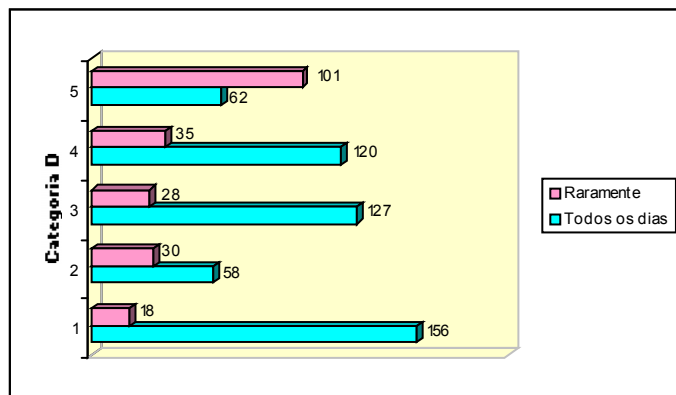
Gráfico 3 – Distribuição, por frequência, das ações realizadas pelos ACS relacionadas à competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO. São Bernardo do Campo, 2005.



No gráfico 3 verifica-se que 43,4% dos ACS fazem atividades diariamente relacionadas à prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário, 15,1% realizam as ações semanalmente, 21,4% mensalmente, 17,6% raramente e 2,2% nunca realizam atividades relacionadas à prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário. Três ACS (0,3%) não responderam a uma das atividades citadas. Analisando o gráfico 2, ele nos mostra que essa competência é bastante freqüente na prática do ACS.

Uma análise mais específica das ações que compõem essa competência pode ser visualizada no gráfico que nos mostra, dentre as ações que compõem a competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO, quais delas são realizadas com maior frequência e quais com menos frequência.

Gráfico 3 - Frequência das ações mais e menos realizadas pelos ACS, na competência PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO. São Bernardo do Campo, 2005.



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

O gráfico 3 mostra que 64,7% dos ACS identificam as condições ambientais e sanitárias que provoquem riscos para a saúde da comunidade diariamente, e 52,7% informam à população sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação. Em menor número, 41,9% orientam a comunidade quanto aos cuidados relacionados ao ambiente hospitalar, até porque sua atuação se dá mais no nível primário de atenção à saúde. Com base nos dados apresentados acima, e considerando-se o que está preconizado pelo Ministério da Saúde como competência e habilidade para a PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO, constata-se que, no geral, essas ações são realizadas diariamente, pois em São Bernardo do Campo os ACS têm maior facilidade em identificar e orientar a comunidade quanto às questões sanitárias e relativas ao meio ambiente, porque são ações para as quais os ACS têm maior autonomia de atuação, muito baseada nas orientações para atuar com a comunidade. Outra questão importante a ser lembrada é que o ACS tem sido muito utilizado nas campanhas de prevenção da dengue, entre outros projetos que envolvem o meio ambiente.

DISCUSSÃO

Na análise feita das competências PROMOÇÃO DA SAÚDE e MONITORAMENTO DE RISCO AMBIENTAL E SANITÁRIO, pode-se observar que: a) as ações que identifiquem a relação entre problemas de saúde e condições de vida, propondo ações que utilizem as diversas secretarias existentes no município, bem como executem ações que atuam em parceria com essas secretarias; b) ações que estabeleçam parceria com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e outros; c) que identifiquem as condições ambientais e sanitárias provocadoras de risco para a saúde da comunidade e d) informem à equipe de saúde sobre a ocorrência de situações de risco são ações que levam ao aumento de poder do ACS.

Se essas ações forem corretamente dirigidas para uma visão ampliada, conforme propõe a promoção à saúde, o ACS possivelmente conseguirá, num segundo momento, que essas ações revertam para uma “contribuição coletiva”. Contudo, não despertará na comunidade a capacidade de adquirir confiança em si mesma e se fortalecer internamente.

Destaca-se que, dessas ações, as que propõem parcerias com outros setores não são realizadas pela maioria dos ACS, conforme demonstrado na análise das competências. As ações que identificam exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade; que realizam atividades educativas para a comunidade juntamente com o enfermeiro, com outros ACS ou sozinho; que utilizam recursos de informação e comunicação adequados à realidade local; que orientam a população quanto a medidas de proteção à saúde; que apóiam ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos; que participam de reuniões do conselho local de saúde ou de outros conselhos locais; que informam à população sobre a ocorrência de situações de risco; essas ações levam ao incremento de poder da comunidade. As ações que estimulam os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença levam ao conhecimento de processo mórbido. As ações que orientam os indivíduos quanto ao autocuidado e orientam indivíduos e família quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos levam ao fortalecimento individual. As ações que orientam a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social; orientam indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde; orientam moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente hospitalar levam ao fortalecimento da família e do indivíduo.

Assim, verificamos que, das 21 ações propostas pelo Ministério da Saúde, 09 são ações que levam diretamente ao fortalecimento coletivo e 12 são ações que não levam ao fortalecimento da comunidade, dando mais poder ao ACS, a indivíduos ou família, mas não abrangem a coletividade. A OPAS esclarece que *“o desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Estratégias de “empoderamento” da comunidade supõem entre outras iniciativas, a educação para a cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico, o planejamento e a execução de projetos e ou iniciativas sociais”*.

Sacardo entende que, embora conceitualmente as ações de promoção a saúde e a prevenção de enfermidades apresentem diferenças ou especificidades pelas diferenças no foco de intervenções, na prática cotidiana da saúde pública essas ações ocorrem simultaneamente ou complementarmente, dirigidas à população ou a indivíduos. Na análise

feita por Silva e Dalmaso, observa-se que as ações realizadas pelo ACS acontecem em 2 pólos: o institucional e o comunitário, contudo a tensão existente entre ambos faz com que a prática do ACS seja encaminhada para um pólo ou outro a depender da situação apresentada. Ainda que o estudo não aborde de forma específica as ações de Promoção da Saúde e Prevenção e monitoramento do risco ambiental e sanitário, observa-se que ações de Promoção da saúde, no âmbito da organização e participação de grupos educativos, por exemplo, ocorre de diferentes formas entre as unidades pesquisadas, evidenciando (como no neste estudo) uma busca pela adequação da organização da assistência. No campo das ações ambientais e sanitárias, identificou-se que o ACS considera como ponto central do seu trabalho as orientações, em especial sobre prevenção de doenças e saneamento, porém, na prática, isso se traduziu em ações concretas apenas em torno da assistência médica e controle de riscos. Conclui-se que ambas ações acontecem de maneira semelhante no PACS de São Bernardo do Campo, pois as ações de Promoção da Saúde são realizadas com frequência, porém de maneira heterogênea e as ações de Prevenção e monitoramento do risco ambiental e sanitário são realizadas com frequência, ainda que num aspecto de não "tornar-se livre" como buscamos neste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, procurou-se mostrar a caracterização do ACS de São Bernardo do Campo, identificando as ações que ele realiza e a frequência com que são realizadas, com base nas 05 competências (Integração da equipe com a população local, Planejamento e avaliação, Promoção da saúde, Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário e a Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades) descritas pelo Ministério da Saúde como esperadas para a atuação do ACS. Essas ações foram também analisadas à luz do paradigma da Promoção da Saúde. Quanto à tendência de participação em grupos religiosos, a maioria tem um cunho de caridade e benevolência que não contribui para um perfil mais emancipado, pois para muitos a questão de saúde-doença é atribuída a divindades religiosas.

Na identificação das ações realizadas pelo ACS, o que se observou no geral, ao analisar as 05 competências, é que a realização das ações não apresenta um padrão de distribuição homogênea, ou seja, não foi observada uma lógica de execução de ações que fossem comuns a todos os ACS, o que indica a necessidade de maior direção e consenso dos supervisores dos ACS no PACS de São Bernardo do Campo, sobre as ações que eles devem realizar.

REFERÊNCIAS

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Brasil). **Perfil de Competências do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília (DF); 2004.
- Organização Pan-Americana de Saúde**. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=17&area=Conceito>.
- ROWLANDS, J. **Questioning Empowerment**. New Delhi: Society for Participation Research Institute for Asia; 1997.
- SACARDO, D.P. Das políticas públicas às políticas públicas saudáveis: contribuições para a promoção da saúde. **O Mundo da Saúde**, v.28, p.5-13, 2004.
- SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

WALLERSTEIN, N. Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. **Am J Health Promotion**, v.6, n.3, p.197-205, 1992.

Enviado em: julho de 2008.

Revisado e Aceito: agosto de 2008.