



UNILASALLE
CANOAS-RS



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNILASALLE

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano

ÁTILA AMÉRICO OSÓRIO

PROMOÇÃO DA SAÚDE: as práticas de agentes comunitários de saúde do
município de Canoas/RS

CANOAS, 2016.

ÁTILA AMÉRICO OSÓRIO

PROMOÇÃO DA SAÚDE: as práticas de agentes comunitários de saúde do município de Canoas/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle Canoas, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Pedrozo Saldanha

Co-orientador: Prof. Dr. Jáder da Cruz Cardoso

CANOAS, 2016.

ÁTILA AMÉRICO OSÓRIO

PROMOÇÃO DA SAÚDE: as práticas de agentes comunitários de saúde do município de Canoas/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle Canoas, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Aprovado pela banca em ____, de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Pedrozo Saldanha - UNILASALLE,
Orientador e Presidente da Banca

Prof. Dr. Jáder da Cruz Cardoso - UNILASALLE, Co-orientador

Prof. Dr. José Carlos de Carvalho Leite - UNILASALLE

Prof. Dr. Fabiano Bossle - UFRGS

Prof. Dr. José Augusto Ayres Florentino - UNICNEC

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo seu cuidado constante em minha vida. A minha esposa Fabiane, pelo amor e paciência. A minha mãe Sara por se fazer sempre presente e pelos valores que me transmite. Ao meu pai Mauro, por acreditar sempre em mim e pelo incentivo na conclusão deste trabalho. Ao mundo espiritual, em especial a minha avó América, hoje desencarnada, por ter feito parte da minha história, me protegendo sempre com lições de amor, persistência e luta.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Jáder da Cruz Cardoso por perceber outro olhar para este trabalho, realizando mudanças necessárias para contribuir na evolução da pesquisa.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ricardo Pedrozo Saldanha pela sua dedicação constante e sensibilidade, por ter me ajudado a definir o recorte deste trabalho, pela tranquilidade e segurança que transmitiu durante a orientação.

Ao Prof. Dr. José Augusto Florentino pelos seus esclarecimentos a respeito da pesquisa.

Ao Prof. Dr. Fabiano Bossle pelas suas contribuições para a pesquisa durante a banca de qualificação.

Aos amigos e colegas do LIPEFES – Linha de Pesquisa em Educação Física, em especial ao professor Alexandre Scherer, pela amizade e estimular a busca constante pelo conhecimento.

Aos profissionais de saúde da gerência Sul - Centro-Sul – IMESF, pela compreensão e apoio, viabilizando este estudo.

As agentes comunitárias de saúde da USF União de Canoas - RS, participantes desta pesquisa, por partilharem de suas experiências, viabilizando este estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Unilasalle Canoas, pela estrutura técnica e por todos os professores e colegas que contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal. A todos que de alguma forma contribuíram para realização deste trabalho, muito obrigado!

RESUMO

O estudo objetivou-se na descoberta do entendimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) sobre as ações de Promoção da Saúde, no que tange ao conceito e as práticas aplicadas. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Canoas na qual foi composta por 11 agentes comunitários de saúde atuantes nesta unidade. A inserção do ACS na Estratégia de Saúde da Família (ESF) trouxe muitas expectativas sobre sua atuação profissional. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) definiu suas competências que deveriam compor seu perfil, sendo uma delas a promoção da saúde. Para tanto, o objetivo geral desta pesquisa é compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas de Promoção da Saúde no município de Canoas. Mais especificamente: (a) identificar em que momento, da jornada de trabalho, o ACS realiza as ações de promoção da saúde, (b) identificar o público que o ACS destina estas ações, (c) identificar as ações de promoção da saúde praticadas pelo ACS, (d) compreender a finalidade em aplicar as ações de Promoção da Saúde na visão do ACS. Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 54201616.6.0000.5307. A organização dos resultados foi estabelecida a partir das categorias conceituais: 'significado do conceito promoção da saúde', 'ações de promoção da saúde' e 'dificuldades relacionadas à formação profissional'. Foi possível constatar que os ACS conceituam a promoção da saúde relacionando-a a ajuda, orientação, informação, bem-estar e qualidade de vida por vezes confundindo com prevenção de doenças. Com relação às ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos ACS, mesmo com alguns desafios a serem superados com relação à capacitação/formação foram identificadas durante a visita domiciliar, durante os grupos realizados na unidade de saúde e na escola pertencente ao território adstrito. Quanto ao público destinado, as ações de promoção da saúde contemplam os hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e demais pessoas da comunidade atendida. A orientação, informação e educação em saúde são consideradas ferramentas para aplicar as ações de promoção da saúde, com a finalidade de conscientizar, compreender e garantir a autonomia propiciando a qualidade de vida dos usuários do SUS cadastrados na USF-União. A pesquisa possibilitou compreender o trabalho do ACS na promoção da saúde, refletindo sobre as práticas existentes e possibilidades de sua ampliação. Desta forma sugere mais investigações sobre outras atribuições do ACS que visam à melhoria da qualidade de vida e suas ações efetivas às pessoas atendidas.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva, Entrevista Semiestruturada.

ABSTRACT

The study was aimed at discovering the understanding of the Community Health Agent (CHA) on Health Promotion actions, regarding the concept and applied practices. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, carried out at a Family Health Unit (USF) in Canoas, which was composed of 11 community health agents working in this unit. The insertion of the ACS in the Family Health Strategy (ESF) brought many expectations about their professional performance. The Community Health Agents Program (PACS) defined its competencies that should compose its profile, one of them being the promotion of health. Therefore, the general objective of this research is to understand the perception of the Community Health Agents on their practices of Health Promotion in the municipality of Canoas. More specifically: (a) identify at what point in the work day, the ACS carries out actions to promote health, (b) identify the public that the ACS allocates these actions, (c) identify the health promotion actions practiced By the ACS, (d) understand the purpose in applying the Health Promotion actions in the view of the ACS. For the data collection, the semi-structured interview technique was used. Data were analyzed through Content Analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee, protocol nº 54201616.6.0000.5307. The organization of the results was established from the conceptual categories: 'meaning of the concept of health promotion', 'health promotion actions' and 'difficulties related to vocational training'. It was possible to verify that the CHAs conceptualize health promotion by relating it to help, guidance, information, well-being and quality of life, sometimes confusing with disease prevention. With regard to the health promotion actions developed by the ACS, even with some challenges to be overcome in relation to the training / training were identified during the home visit, during the groups held in the health unit and in the school belonging to the assigned territory. As for the target audience, health promotion actions include hypertensive, diabetic, pregnant, children and other people in the community served. Health orientation, information and education are considered as tools to implement health promotion actions, with the purpose of raising awareness, understanding and guaranteeing autonomy, promoting the quality of life of SUS users enrolled in USF-União. The research made possible to understand the work of the ACS in the promotion of health, reflecting on the existing practices and possibilities of their expansion. In this way it suggests more investigations about other attributions of the ACS that aim at the improvement of the quality of life and its effective actions to the persons served.

Keywords: Community Health Agents, Health Promotion, Collective Health, Semi-structured Interview.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária em Saúde
CIB – Comissões Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestora Regional
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CNDS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CEB – Câmara de Educação Básica
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
DAB – Departamento de Atenção Básica
DSS – Determinação Social da Saúde
EJA – Educação de Jovens e Adultos
ESF – Estratégia Saúde da Família
GM – Gabinete do Ministro
IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensões
IMESF – Instituto Municipal de Estratégia da Saúde da Família
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS – Programa de Agentes de Saúde
PIM – Programa Infância Melhor
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa de Saúde da Família

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF – Unidade de Saúde da Família

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA.....	12
1.2 OBJETIVOS.....	14
1.2.1 Objetivo geral	14
1.2.2 Objetivos específicos.....	14
2 REVISÃO TEÓRICA	15
3 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	34
4 O que a pesquisa nos revela?	38
4.1 Significado do conceito promoção da saúde.....	38
4.2 Ações de promoção da saúde	41
4.3 Dificuldades relacionadas à formação profissional	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
6 PRODUTO SOCIAL	61
REFERÊNCIAS.....	64
ANEXO A – Artigo para Submissão	73
ANEXO B – Características Sócio-Demográficas.....	90
ANEXO C – Questões Norteadoras para o Roteiro de Entrevistas	91
ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	92
ANEXO E – Número de Protocolo do Pedido de Liberação para a Pesquisa.....	93
ANEXO F – Termo de Aprovação para o Projeto de Pesquisa	94
ANEXO G - Transcrição da entrevista do ACS 3	95

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a reforma sanitária foi formulada pelo processo de redemocratização do país, tendo como mentores, intelectuais e profissionais vinculados a projetos ideológicos e políticos, que tinham como meta a mudança de concepção e suas práticas de saúde. A partir desta reforma, o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu em 1988 sob o preceito constitucional “saúde direito de todos e dever do Estado” defendendo a assistência médico-sanitário integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços de saúde (MAIO; LIMA, 2009).

Muitas transformações ocorreram no país a partir de então, e determinaram os processos de municipalização e descentralização das ações de saúde dos estados para os municípios (COSTA; SILVA, 2004).

A década de 90 foi marcada por grande investimento do Ministério da Saúde (MS) na universalização da atenção básica (MARQUES; MENDES, 2001). Em 1991 através de convênios entre a Fundação Nacional de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde, foi criado o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) visando reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna. A implantação ocorreu inicialmente, na região nordeste, até mesmo porque lá existiram experiências significativas para a criação do PACS. A implantação deste programa teve impacto significativo, quando comparadas a regiões não cobertas pelo programa (BRASIL, 1994). A equipe deste programa era composta por um enfermeiro instrutor que supervisionava até 30 agentes comunitários em sua maioria mulheres vinculadas a Unidade Básica de Saúde.

Em 1994, incorporando a experiência anterior surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), visando à reorganização das práticas de atenção à saúde (COSTA; SILVA, 2004). Atualmente este programa tornou-se a estratégia de reorientação da atenção básica e tem com finalidade apoiar uma prática com ações integrais vinculada à comunidade, ao invés da permanência na unidade de saúde aguardando as demandas e necessidades desta (BARROS, 2010).

O PSF surgiu no cenário Brasileiro como estratégia de reorientação do modelo assistencial, centrado na doença e no cuidado médica individualizada

(GOMES *et al.*, 2009).

Em 2006, o Programa Saúde da Família passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) de acordo com a Portaria Ministerial 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006). A ESF fugiu da concepção usual dos programas tradicionais concebidos pelo Ministério da Saúde (MS), 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 (SOUZA, 2000).

A equipe de saúde nesse modelo de atenção é multiprofissional, formada inicialmente por um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Posteriormente, a equipe foi ampliada incluindo o cirurgião-dentista, o técnico de higiene bucal e o auxiliar de consultório dentário. Dentro da equipe de Saúde da Família existe uma definição de competências e corresponsabilidades entre seus membros, compondo um novo processo de cuidar (FRANCO; MERHY, 1996).

A profissão de Agente Comunitário de Saúde quando surgiu no Brasil em 1991 não tinha nem qualificação nem regulação profissional. No entanto, somente em 2002 a profissão foi criada em termos de lei, a qual foi revogada em 2006 para que ajustes pudessem ser realizados. A nova regulamentação ocorreu com a promulgação da Lei Nº 11.350 de 05 de outubro de 2006 onde as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei (BARROS, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), criada através da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 estabelece as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, sendo algumas delas comuns a todos os profissionais e outras específicas (BRASIL, 2006).

Em relação ao ACS, esta mesma portaria define suas várias atribuições, e entre elas se destaca: o processo de estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, de

acordo com o planejamento da equipe.

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 país. A finalidade da Promoção da Saúde é a 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 (BRASIL, 2007). A potencialidade do agente comunitário de saúde (ACS) para a Promoção da Saúde na Atenção Básica é dada pela sua possibilidade de capacitar a população para o enfrentamento dos problemas de saúde (CHIESA; FRACOLLI, 2004).

Diante disso, o processo de trabalho do ACS possibilita que esse profissional consiga realizar ações que auxiliem a comunidade no enfrentamento de seus problemas de saúde, fortalecendo e aprimorando sua atuação no SUS (SANTOS 2005).

Diante deste cenário, a competência “promoção da saúde” se aproxima do ACS como uma estratégia de maior potencial para ajudar a transformar o modelo de saúde em curso. Esta competência além de fazer parte das competências do perfil do ACS, é formada por ações que visam à educação em saúde; orientações para o autocuidado; ampliação do conhecimento por parte dos usuários do SUS em relação ao processo saúde-doença; incentivar práticas que promovam a qualidade de vida, a inclusão social e a saúde da população; à promoção de ações intersetoriais e de participação social.

No entanto, estas ações não são simples de executar. As atividades de promoção da saúde estão sujeitas as mais diversas situações, independente de seu grau de exigência, durante a rotina de trabalho do ACS.

No momento da visita domiciliar, a responsabilidade do ACS se multiplica pelo cenário que se encontra no ambiente, principalmente quando se trata de áreas de vulnerabilidade. Assim subir e descer morros e lombas, percorrer ruas e becos, entrar nas casas, informar as pessoas nas ruas e mais do que isso, lidar com as realidades nesses endereços, pode ser traduzido como expressão de responsabilidade e desafio relacionado com o trabalho. Aliado a isso, ao final da jornada diária de trabalho, o descontentamento de não ser possível resolver, com recursos disponíveis, os problemas de saúde dos

usuários visitados.

Nesse sentido, não são raras as situações em que os ACS encontram dificuldades de informar a população sobre os cuidados com a saúde. O ACS é visto com uma responsabilização que extrapola sua capacidade real de resolução dos problemas de saúde da população. Assim, os ACS, embora empenhados em prestar uma visita qualificada aos usuários, em muitas situações são reconhecidos como trabalhadores impossibilitados de solucionar os problemas de saúde, sendo-lhes atribuída uma carga emocional muito pesada e questionando-se sobre suas responsabilidades com o estado de saúde dos usuários atendidos e direcionando sua atenção à doença e suas dificuldades.

Minha experiência profissional como ACS, desde 2012 até os dias atuais, colocou-me frente ao desafio de lidar com situações relacionadas às ações que destaque a saúde. Na minha trajetória profissional participo de ações cujo propósito é valorizar o cuidado com a saúde de diferentes maneiras, desde a informação às famílias nas visitas domiciliares, salas de espera na unidade de saúde e participando como membro organizador dos grupos: de caminhada, vida saudável, combate ao tabagismo e programa desenvolvendo saúde na escola. Estas ações demonstram a importância do trabalho do ACS e o potencial que este profissional pode atingir. Através de ações que valorize a saúde e desperte o interesse na busca de resultados favoráveis permite conhecer e minimizar as dimensões dos problemas enfrentados na comunidade com relação à saúde e fornecer contribuições significativas para o debate sobre quais ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos ACS se revela como estratégia eficiente junto à população.

Busca-se, portanto, com esta pesquisa, responder a seguinte questão: Como o Agente Comunitário de Saúde da Unidade de Saúde da Família União da cidade de Canoas/RS entende sobre os significados da promoção da saúde?

1.1 JUSTIFICATIVA

O Agente Comunitário de Saúde pertence à comunidade atendida pelos serviços de saúde, se assemelhando nas características e anseios desta

comunidade. Ao mesmo tempo, preenche lacunas, justamente por conhecer as necessidades desta população. Acredita-se que os agentes são a mola propulsora para a consolidação do Sistema Único de Saúde, a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada de assistência na estruturação dos distritos sanitários. Ser agente de saúde é ser o elo de ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde, tornando-se o mensageiro de saúde de sua comunidade.

O ACS inserido na Atenção Básica apresenta como peça fundamental a criação do vínculo com a comunidade, propiciando alternativas para o enfrentamento dos problemas de saúde, principalmente na modificação das condições de vida que prejudicam os potenciais de benefícios da saúde.

A escolha do tema a ser analisado se deve, em primeiro plano, ao entendimento de que a realização desta pesquisa foi uma oportunidade de refletir sobre um aspecto da prática na qual estou inserido desde 2012 na rotina diária como agente comunitário de saúde, da orientação do trabalho e das trocas de conhecimentos e sentimentos, atividades educativas, grupos conduzidos com a participação da comunidade, projetos na escola dentre outras por mim realizados e aos novos conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado.

Por outro lado, a relevância do tema: promoção da saúde se deve ao seu destaque na discussão atual sobre políticas de saúde. A partir de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) passou a ser uma das prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde. Sustenta-se que esta Política procura agir sobre as necessidades em saúde, atuando preventivamente ao invés de esperar a demanda espontânea. Assim, a figura do ACS, como elemento inovador, demonstra as expectativas de mediação, aproximação, facilitação do trabalho de atenção básica em saúde e aplicação da PNPS. Daí a importância de aprofundar estudos sobre seu papel.

A relevância científica desta pesquisa se situa no estudo específico sobre a forma como se dá a relação entre as ações de promoção da saúde realizada pelo agente comunitário de saúde no âmbito do processo de conhecimento envolvido em sua atuação. O estudo pretende apresentar

contribuições para o debate sobre a qualificação dos agentes comunitários de saúde, tanto no que se refere à valorização quanto ao processo de trabalho destes profissionais no aprimoramento do processo de educação popular em saúde como metodologia para sua formação e ferramenta de trabalho aos pesquisadores que buscam compreender os processos de saúde-doença envolvidos na saúde coletiva.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas de Promoção da Saúde no município de Canoas.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar em que momento, da jornada de trabalho, o ACS realiza as ações de promoção da saúde;
- b) Identificar o público que o ACS destina estas ações;
- c) Identificar as ações de promoção da saúde praticadas pelo ACS;
- d) Compreender a finalidade em aplicar as ações de Promoção da Saúde na visão do ACS.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o surgimento do Agente Comunitário de saúde

A criação do SUS foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil. Tal movimento representou, em termos constitucionais, a maior conquista do movimento sanitário brasileiro consolidando a nova consciência social de promoção de saúde e uma afirmação política de compromisso do estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007).

Desde o seu surgimento o SUS somente foi regulamentado em 1990 quando foram sancionadas as Leis 8080/90 e 8142/90 chamadas Leis Orgânicas da Saúde – LOS, que detalham a organização e o funcionamento do novo sistema de saúde estabelecido pela Constituição Federal. A Lei 8080 de 19/09/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, enquanto a Lei 8142 de 28/12/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Em 1987, surge o Programa de Agentes de Saúde (PAS), no Ceará, na tentativa de fixar profissionais da saúde em locais sem recursos econômicos e sociais, atendendo a recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) de criar opções viáveis para amenizar os problemas de saúde da população (SILVA, 1997). Nessa época houve a contratação de 6113 Agentes Comunitários 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 (ALVES, 2009). 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 (SILVA, 2001).

Este modelo obteve muitos resultados positivos, sendo então estendido a todo o país, em 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), como Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) (MENDES, 2002).

Em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) teve início, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde no qual através de seus resultados inicia sua contribuição para a 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 (SILVA, 2001).

O PNACS deu lugar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1992, que manteve o foco nos princípios norteadores dos programas anteriores, e posteriormente ampliando-se para dar apoio à organização da Atenção Básica à Saúde (ABS) (SILVA, 2001).

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 (VIANA, 1998).

O objetivo central do PACS, proposto pelo MS, era melhorar através das informações repassadas pelo ACS, à capacidade da população de cuidar da sua saúde e contribuindo para o conhecimento, construção e a consolidação dos sistemas locais de saúde (SILVA, 2001).

Com 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 (BRASIL, 1994a).

Destaca-se durante a evolução histórica, o ACS como sujeito de viabilização de políticas de saúde, ultrapassando o atendimento as necessidades, dedicando seu trabalho ao cuidado da comunidade e ampliando a concepção de saúde. Cuidar tornava-se mais que tratar o indivíduo nas

unidades de saúde e sim prover assistência na vida comunitária, deslocando o cuidado para o território onde se inseria a população adstrita.

O Ministério da Saúde definiu o ACS como um trabalhador que integra a equipe local de saúde, prestando cuidados primários às famílias da sua comunidade, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde, por meio de ações individuais e coletivas (BRASIL, 1994b).

Em 1993, o PACS já abrangia 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29.000 ACS, atuando em 761 municípios. A estratégia definida previa a ampliação, em 1994, para novos municípios das regiões Norte e Nordeste e estendido também para a região Centro-Oeste do Brasil (SILVA, 2001). Ao mesmo tempo, na busca da estruturação de um novo modelo de assistência, o Ministério da Saúde propôs no mesmo ano o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar esta 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 (FRANCO; MERHY, 1996).

2.2 Perfil do Agente Comunitário de Saúde

A atividade profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS) começou a ter reconhecimento legal inicialmente com a publicação da portaria nº1886/GM de 18 de dezembro de 1997, que aprovou as normas e as diretrizes do programa de saúde da família (BRASIL, 2003). Posteriormente, houve a publicação do decreto nº 3189 de 4 de outubro de 1999, que definiu as diretrizes para o exercício de suas atividades – “desenvolver atividades de prevenção de doenças e atividades na promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade” (BRASIL, 1999). 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 (BRASIL, 2002). 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 tivesse como requisitos para o exercício das suas

atividades a conclusão do ensino fundamental e o curso introdutório de formação inicial e continuada (BRASIL, 2006). Deste modo, o ACS conquista sua identidade na área da saúde devendo sempre aprimorar-se através das capacitações oferecidas ao cargo.

Os ACS desenvolvem suas atividades de modo a identificar as situações de maior risco em saúde, atuando e colaborando na orientação, acompanhamento e educação popular, colocando em prática conhecimentos sobre prevenção e resolução de problemas de ordem sanitária, incentivando práticas de promoção da vida (BRASIL, 2004).

O trabalho do ACS apresenta três dimensões (CHIESA; FRACOLLI, 2004):

a) 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;

b) 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;

c) Dimensão da assistência social: tentativa de resolver questões como de acesso aos serviços.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cabe ao ACS que a princípio deve morar no território onde atua levantar as necessidades de saúde da população e assim buscar a melhoria da qualidade de vida e saúde da população de abrangência. Desta forma o ACS tem sua atuação considerada fundamental para a implantação e consolidação de um novo modelo de atenção.

O ACS no seu cotidiano de trabalho, em sua maioria, assume a responsabilidade de fazer um intercâmbio entre a população e a Equipe de Saúde da família (CARDOSO; NASCIMENTO, 2007). É função do ACS estreitar o elo entre a equipe de saúde em que trabalha e a comunidade em que vive (SEABRA; CARVALHO; FOSTER, 2008). Ele é um membro da comunidade em que vive e trabalha e desta forma convive com a realidade do local e interage com os valores, linguagens, problemas, alegrias,

satisfações e insatisfações desse ambiente (BRAND ANTUNES; FONTANA, 2010).

Vários estudos mostram a importância do Agente Comunitário no Programa de Saúde da Família. Uma das características mais marcantes do PSF é a inclusão do ACS na equipe de saúde, como um elo entre a população e os demais profissionais da equipe, e por meio da vigilância à saúde (BRAND, ANTUNES, FONTANA, 2009; SANTANA *et al.*, 2009; CARDOSO; NASCIMENTO, 2007; FERRAZ; AERTS, 2005; SEABRA, CARVALHO, FOSTER, 2008; JARDIM; LANCMAN, 2009).

Seabra, Carvalho e Foster (2008), em estudo sobre o ACS na visão da equipe mínima, relatam que o ACS tem uma identidade comunitária e realiza tarefas não apenas no campo de saúde. Relatam também que a convivência do ACS com a realidade e com as práticas de saúde do bairro em que mora e trabalha faz com que ora seja visto como membro da equipe, ora como membro da comunidade assistida.

O fato do ACS estar inserido na comunidade e na equipe de saúde também é evidenciado na pesquisa de Cardoso e Nascimento (2007). Eles destacam que desta forma o ACS pode agir como facilitador de vínculos,

[...] na reorganização do trabalho em equipe, na ampliação do acesso aos serviços de saúde e na comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde. A interação desta dupla inserção do ACS é exercitada a cada dia de trabalho, na medida em que este profissional consegue consolidar seu espaço na equipe de saúde e na comunidade (CARDOSO; NASCIMENTO, 2007, p. 2).

Desta forma, o perfil esperado de um ACS exige que ele possua algumas habilidades como uma boa comunicação com a população, bom relacionamento interpessoal com a equipe, senso de organização e constante vigilância em saúde. Só assim ele pode colaborar na construção e manutenção da qualidade da assistência prestada, identificando problemas e participando coletivamente da sua resolução (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

2.3 As atribuições e formas de abordagens do Agente Comunitário de Saúde em uma visita domiciliar

A Política Nacional de Atenção Básica atribui como função do ACS às seguintes atividades: realizar mapeamento de sua área - cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro - identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco – identificar áreas de risco – orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário - realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica – realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade – estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre situações das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco – desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças – promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras – traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites – identificar parceiros e recursos na comunidade que possam ser potencializados pelas equipes (BRASIL, 2001).

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 (BRASIL, 2004).

Inúmeras pesquisas procuram identificar as funções, ações e concepções sobre o cotidiano de trabalho dos ACS, e os resultados alcançados demonstram que eles têm encontrado muitas dificuldades para cumprir com suas atribuições, tanto pelo amplo leque de exigências quanto pelas limitadas condições socioeconômicas das famílias que acompanham (GOMES *et al.* 2009; FERRAZ; AERTS, 2005; CARDOSO; NASCIMENTO, 2007; SEABRA; CARVALHO; FOSTER, 2008).

Assim a visita domiciliar torna-se o principal instrumento de trabalho do ACS (LIMA; SILVA; BOUSSO, 2010). Importante lembrar que cada Agente Comunitário de Saúde é responsável pelo acompanhamento de 400 a 750 pessoas e recomenda-se que haja no mínimo uma visita mensal a cada domicílio da área de atuação (BRASIL, 2001). Segundo Lima, Silva e Bousso (2010), para que a visita atinja seu objetivo, é fundamental que ela seja devidamente planejada, para que o ACS aproveite melhor o seu tempo e o tempo das pessoas que ele visita.

2.4 Formação profissional do ACS

A proposta de formação técnica dos ACS, concomitante à elevação da escolaridade, foi organizada a partir do perfil de competências, sendo pactuada após consulta pública, “organizado pela equipe técnica da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, no final de 2003” (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

As competências, distribuídas no âmbito da promoção, prevenção e integralidade de ações que fazem parte do processo de formação técnica do ACS, e que serão construídas durante seu processo de formação, estão assim distribuídas: No âmbito da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações e no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes (FOGAÇA, 2011).

O curso técnico está estruturado com uma carga horária mínima de 1.200 horas, conforme resolução CNE/CEB nº 04/99: Etapa I – formação inicial: contextualização, aproximação e dimensionamento do âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS carga horária 400 horas. Etapa II – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes- carga horária 600 horas. Etapa III – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário – carga horária de 200 horas (BRASIL, 2004).

Em função dos custos dessa formação, atrelados ao baixo investimento destinado às capacitações dos profissionais de saúde, os municípios, quando a fazem, realizem somente a etapa inicial, desta forma, propiciando um retrocesso em relação ao debate público e coletivo que identificou a necessidade de um curso técnico (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Com base nesta análise, que considerou as singularidades e especificidades do trabalho do ACS, foram construídas as competências que compõem o perfil do ACS (BRASIL, 2004). Conceituou-se como competência profissional a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos específicos no trabalho, com iniciativa e responsabilidade, segundo um raciocínio prático o que está acontecendo e com a capacidade para coordenar-se com outros atores para a mobilização de suas capacidades (BRASIL, 2004). Cada competência proposta expressa uma dimensão da realidade do trabalho do ACS e representa um eixo estruturante de sua prática (BRASIL, 2004).

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

2.5 Promoção da Saúde

Sob o patrocínio da Organização Mundial da Saúde o ideário da Promoção à Saúde vem, desde suas origens nos anos 70, tendo uma crescente influência nas políticas públicas de distintos países através de um processo de redemocratização e luta por ideais da reforma sanitária, e traz como princípio fundamental a saúde como um direito que perpassa os muros do setor saúde. E tem sido muito discutido nacional e internacionalmente, principalmente, Canadá, Estados Unidos e na Europa Ocidental, trazendo uma

concepção com base no conceito ampliado de saúde (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

No discurso vigente, a promoção da saúde busca romper e superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade, valorizando a saúde como componente central do desenvolvimento humano, ressaltando os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem estar (BRASIL, 2002).

No entanto, esse termo vem de longa data. Para se chegar ao conceito mais abrangente e atualmente discutido sobre promoção da saúde, ocorreram transformações sociais, ao longo dos anos, que foram fundamentais para seu delineamento.

2.5.1 Histórico

Em 1946 Sigerist, um dos primeiros autores que fez uso do termo, afirmou a promoção da saúde como um dos quatro pilares essenciais da medicina: promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Em sua concepção, a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso (BUSS, 2009).

Em 1965, Leavell e Clarck, apresentaram o termo promoção da saúde como o nível primário da prevenção ao desenvolverem o modelo da história natural das doenças (CZERESNIA, 2009).

Neste modelo da história natural das doenças, temos dois períodos, o epidemiológico e o patológico. No primeiro, o foco está nas relações suscetível-ambiente; no segundo o foco está para dentro do corpo, do organismo. Entende-se que esses dois períodos se completam: o meio ambiente é onde ocorrem as pré-condições, e o meio interno, lócus da doença, onde se processaria, progressivamente, uma série de modificações bioquímicas, fisiológicas e histológicas, próprias de uma determinada enfermidade (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 1999).

O moderno movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como Informe

Lalonde (1974). Lalonde era então ministro da Saúde daquele país. A motivação central do documento parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica, ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, pelos resultados pouco significativos que aquela apresentava.

Os fundamentos do Informe Lalonde encontram-se no conceito de campo da saúde, que reúne os chamados determinantes da saúde. Esse conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde. O documento concluiu que quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, bem como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentravam-se na organização da assistência médica.

No entanto, as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos outros três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida.

As várias concepções de promoção da saúde podem ser divididas em dois grandes grupos: no primeiro, a promoção se dirige à transformação dos comportamentos dos indivíduos, ou seja, todos os fatores que estiverem ao alcance dos indivíduos, como hábito de fumar, aleitamento materno, dieta, atividade física, direção consciente no trânsito, entre outros. No entanto, o que vem a conceituar a abordagem moderna de promoção é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, onde a saúde é produto de um amplo aspecto de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, saneamento e habitação, boas condições de trabalho, oportunidades de educação durante toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, entre outros fatores compreendidos num sentido amplo, e satisfeitos por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do esforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (SUTHERLAND; FULTON, 2009).

Dentre os principais elementos da promoção da saúde que devem ser trabalhados no campo da Saúde do Trabalhador tem-se: a transversalidade das ações, a intersetorialidade, a vigilância, a territorialidade, a participação social e autonomia, desenvolvimento de políticas públicas para melhoria da qualidade de vida e promoção de ambientes saudáveis com ênfase sobre os determinantes sociais (SILVA, 2012).

A intersetorialidade é tida como a articulação das possibilidades de diversos setores distintos pensarem a complexidade das questões de saúde, corresponsabilizando-se na formulação de intervenções que propiciem soluções plausíveis (BRASIL, 2006b).

A questão da intersetorialidade é de extrema importância para o campo da saúde do trabalhador, embora seja preciso ser mais bem definida e trabalhada, pois ainda não se sabe quando e de que forma devem ser desenvolvidas ações intersetoriais (MACHADO; PORTO, 2003).

A vigilância em saúde do trabalhador, no âmbito da promoção da saúde, implica também uma ação intersetorial, que promove a pactuação das ações entre gestores, construção de redes, mobilização social e articulação com todos os níveis de atenção.

A vigilância em saúde, no âmbito da promoção da saúde, deve contribuir para além de uma perspectiva de prevenção de doenças e reprodução de conceitos clássicos de doença, como transmissão de riscos e reduzidas à aplicação de técnicas e normas (CZERESNIA, 2009; FREITAS, 2009).

Nessa perspectiva, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, promovendo a articulação de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, na construção de agendas governamentais que possibilitem o fortalecimento do protagonismo dos cidadãos através da participação social, na elaboração e implementação das políticas públicas (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, a territorialidade se constitui um elemento primordial para a promoção da saúde do trabalhador, pois no âmbito do trabalho, no território, podem se expressar a produção, o consumo e a interação humana. Dessa forma, os territórios ganham vida, que se expressa não somente pelas histórias de pessoas e lugares, pela cultura, pelos movimentos sociais e ações políticas, mas também por ecossistemas, constituindo-se redes de interações

num universo diversificado de subpopulações, processos de trabalho, equipamentos técnicos públicos e privados (MONKEN *et al.*, 2011).

Os conflitos vivenciados nos território não podem mais ser vistos apenas com base nas relações sociais e da centralidade capital versus trabalho, e sim no contexto da relação social mais geral entre o ser humano, a sociedade e a natureza, envolvendo questões que se relacionam com o metabolismo social decorrentes dos processos e condições gerais de produção e consumo, da complexidade de um capitalismo globalizado, que induz a fragmentação dos territórios, da degradação ambiental associadas à exploração do trabalho, que se distribuem espacialmente em situações de vulnerabilidades e dos riscos ecológicos globais (PORTO; PIVETTA, 2009).

O mapeamento dos problemas de saúde, trabalho e ambiente em dado território permite a análise de uma dada realidade. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde pública levantar as principais atividades nele existentes, a fim de reconhecer seus limites e os atores políticos atuantes, contribuindo assim, também, para a vigilância em saúde (MONKEN *et al.*, 2011).

A promoção da saúde não carrega uma representação científica e cultural de uma autonomia regulada, estimulando a livre escolha segundo a lógica de mercado e diminuindo a responsabilidade do Estado (CZERESNIA, 2003). É por essas questões que a promoção da saúde é uma formulação político-ideológica que reflete o conjunto de forças da sociedade em determinado período histórico. Compreender essa conjugação de forças na configuração das práticas de promoção da saúde reveste-se de grande complexidade visto que envolve elementos que ultrapassam os limites do setor saúde, abraçando conceitos de interdisciplinaridade, intersetorialidade, equidade, potencialização dos sujeitos e das instituições envolvidas e qualidade de vida (ANDRADE, 2006).

Com essa concepção, a promoção da saúde requer uma articulação entre os elementos determinantes da saúde e seu reflexo na sociedade com ações articuladas e responsabilidades partilhadas entre os governos e os mais diferentes setores da sociedade, tanto públicos quanto privados, além da indispensável participação comunitária.

Num contexto marcado por iniquidades, como é o caso do Brasil e da América Latina, promover saúde implica superar o enfoque estritamente

individual das iniciativas até então implantadas e assumir como imperativos éticos a superação da pobreza e a construção da equidade como estratégias para promoção da saúde (PAHO, 2006; SAPAG; KAWACHI, 2007).

Importantes dispositivos nessa construção é a Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde, criada em 2005 e as Comissões Nacionais sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada no Brasil em 2006. A CNDSS visa identificar, com maior precisão, as causas de natureza social, econômica e cultural da situação de saúde da população e identificar políticas públicas de saúde e extra setoriais, assim como iniciativas da sociedade que ajudem a enfrentá-las, buscando garantir maior equidade e melhores condições de saúde e qualidade de vida para os brasileiros (BRASIL, 2006c).

Assim, discute-se a promoção da saúde a partir de mudanças no conjunto das políticas públicas econômicas e sociais (emprego, segurança, educação, ambiente, seguridade social, etc.), agregando valores e mobilizando vontades e ações políticas que permitam a redistribuição do poder na saúde e em outros setores para viabilizar as mudanças necessárias (BRASIL, 2006b). Entende-se que as práticas de promoção da saúde devem promover a participação da sociedade de forma aberta e democrática em um movimento que representa, em si, o exercício de cidadania, de capacidade de regular e administrar o poder, de compartilhar os interesses e as responsabilidades.

O empoderamento, categoria central na politização da promoção da saúde, apresenta-se muitas vezes como uma forma de tutela sobre a maioria da população e expressa o interesse pela reconstrução do consenso perdido com a crise do Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*). A definição de *Welfare State* é compreendida como uma proposta institucional de um Estado que pudesse implementar e financiar programas e planos de ação destinados a promover os interesses sociais coletivos dos membros de uma determinada sociedade (GOMES, 2006).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a 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 inter e intra-setoriais, a promoção da saúde caracteriza-se por ações de ampliação de poder de cidadania. A promoção de saúde com práticas sanitárias refere-se a ações 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 (BRASIL, 2007).

2.5.2 Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde

Declaração de Alma-Ata, em 1978, reunião ocorrida em Riga, URSS, foi à primeira Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reafirma a saúde como um direito fundamental do ser humano, para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, e a importância de associá-la aos cuidados primários de saúde, como educação, suprimento de alimentos, saneamento básico, acesso ao controle e prevenção de doenças endêmicas, atenção materno infantil, entre outras ações básicas propostas para todos no ano 2000. E esta trouxe importantes questões que culminaram novos movimentos como a I Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa, considerada uma das fundadoras do conceito atual de Promoção da Saúde, traz um conjunto de intenções, em Ottawa, Canadá, durante a 1ª Conferencia Internacional de Promoção da Saúde, como a construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária (empoderamento coletivo), desenvolvimento de habilidades pessoais (empoderamento individual) e a reorientação de sistemas e serviços de saúde. Ou seja, reafirmando a importância do coletivo nas ações para a saúde e a intersectorialidade das ações (BRASIL, 2002).

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 deste processo (OMS, 1986). Inscreve-se, desta forma, no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.

A declaração do México há a conscientização da importância da promoção da saúde como um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde.

Sugere pôr a promoção da saúde como prioridade, incluir participação social e associá-la aos planos de ações nacionais (BRASIL, 2002).

Declaração de Adelaide reafirmou cinco linhas de ação da carta de Ottawa, onde quatro dessas se encontram dentro das políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis (BRASIL, 2002).

Declaração de *Sundsvall*, ocorrida na III Conferencia Internacional de Saúde, 1991, traz enfoque para a construção de ambientes favoráveis promotores de saúde, e afirma a necessidade de aniquilar situações de iniquidades. E afirma quatro estratégias fundamentais para promover a criação de ambientes favoráveis no nível das comunidades como: reforçar ações comunitárias por grupos femininos, capacitar comunidade e indivíduos sobre sua saúde e ambientes, através de participação nas tomadas das decisões, construir alianças para a saúde e ambientes favoráveis, mediar interesses conflitantes na sociedade (BRASIL, 2002).

O documento de lançamento da Promoção da Saúde na América Latina, Declaração de Bogotá, afirma que se deve buscar a implementação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, e torna-se um desafio transformar condições excludentes, conciliando os interesses econômicos com os propósitos sociais para o bem de todos (BUSS, 2000).

A declaração de Santafé de Bogotá, Colômbia, 1992, explicita a necessidade de se criar condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento, e afirma a importância de se conciliar os interesses econômicos com os processos sociais (BRASIL, 2002).

A declaração de Jacarta, IV Conferencia Internacional de Promoção da Saúde, Indonésia, 1997, inclui o setor privado no apoio à promoção, propõe como prioridades, responsabilidade social, aumento de investimentos para fomentar a saúde, consolidar e estabelecer parcerias em prol da saúde, aumentar a participação social e autonomia dos sujeitos e promover infraestrutura necessária para o desenvolvimento de ações de promoção (BRASIL, 2002).

Em suma, todas essas conferências e respectivos movimentos sobre promoção da saúde deixam claro que para se promover a Promoção da Saúde deve-se dispor de diversas ações abrangentes trabalhando em conjunto e com o olhar voltado aos determinantes sociais de saúde (DSS) (BUSS, 2000; BRASIL, 2002).

No entanto, a Promoção da Saúde, em seu princípio e diretriz, é uma proposta que visa mudanças no modelo de atenção de todos os programas do âmbito da saúde coletiva. E o que ainda está caminhando são as formas que lhe são atribuídas ao operacionalizá-la. Desta forma, cabe sempre uma reflexão sobre como ela se operacionaliza na prática, ou seja, que ações práticas lhe são concebidas (SILVA, 2012).

Em 2000, ocorre a V Conferência Global sobre Promoção da Saúde, na Cidade do México que reconhece o valor da saúde como recurso para a vida com qualidade, apontando-se a necessidade do desenvolvimento socioeconômico e da equidade. Nessa Declaração, recoloca-se a necessidade de a promoção da saúde ser assumida como prioridade das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais (WESTPHAL, 2006).

Dezenove anos depois da Conferência de Ottawa, em 2005, aconteceu a VI Conferência Global de Promoção da Saúde em Bancoc na Tailândia em que se discutiram amplamente a globalização e sua influência nas questões da saúde, Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana tendo como tema “Políticas e parcerias para a saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde” (WESTPHAL, 2006).

O caráter internacionalista da promoção da saúde encontra críticas quando se analisa que a saúde deixa de ser um estado e passa a constituir um projeto, projeto que deverá ser definido em cada nação ou cada grupo social, de acordo com sua possibilidade econômica, técnica, política, histórica e cultural (STOTZ; ARAÚJO, 2004).

Os campos centrais de ação da promoção da saúde definidos nas Conferências Internacionais permitem direcionar, em cada nação, as discussões sobre as políticas a serem implementadas. É preciso que se analise também o discurso da Nova Promoção da Saúde no contexto das sociedades capitalistas neoliberais. Especialmente no que se refere aos campos centrais de ação para a promoção da saúde de desenvolvimento das habilidades

peçoais e do reforço da ação comunitária, há questionamentos quanto à concepção de autonomia e responsabilização que efetivamente são propostas e construídas.

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 (BRASIL, 2007).

2.5.3 Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Diversos movimentos contribuíram para a retomada do termo promoção da saúde num sentido mais abrangente, em que não basta apenas uma ação específica, mas sim um conjunto de ações que envolvem questões políticas, sociais e econômicas. E assim, podemos destacar importantes movimentos, nacionais e internacionais, que levaram a construção da Política Nacional de Promoção da Saúde com o conceito atual.

No Brasil, na última década, a Promoção da Saúde identificou a necessidade de consolidar parcerias intersetoriais. Estas parcerias possibilitam o alcance da qualidade de vida dos sujeitos e coletividade, favorecendo institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio da Portaria n 687/GM, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2007).

Constituída a partir da definição da agenda de compromisso pela saúde, aprovada em 2005, a Política nacional de Promoção da Saúde agrega três eixos: o Pacto em defesa do sistema Único de Saúde (SUS), o pacto em defesa da vida e o pacto de gestão (BRASIL, 2006).

Em destaque ressaltam-se as prioridades que compõem o Pacto em defesa da vida: o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo, controle do uso abusivo de bebida alcoólica, cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como objetivo a promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos à

saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modo 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 participes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2007).

Em 2006 foram definidos como eixos prioritários de ação: alimentação saudável, prática corporal / atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável. Estas ações prioritárias apontadas na PNPS serviram como dispositivo para ampliar ações de promoção em todos os níveis do SUS e de melhor articulação entre diferentes áreas técnicas e programas e políticas a partir da abordagem da promoção da saúde.

Essa política, homologada em 2006, apresenta como diretrizes: o reconhecimento da busca da equidade; o estímulo às ações intersetoriais; o fortalecimento da participação social; a promoção das mudanças na cultura organizacional; o incentivo à pesquisa e a divulgação das iniciativas voltadas para a promoção da saúde, considerando metodologias participativas e o saber popular (BRASIL, 2006a).

Em 2014, a Portaria Ministerial 2446/2014 redefine a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) na qual amplia o conceito e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias, além de formas de produzir saúde no âmbito individual ou coletivo. Destacam-se como diretrizes da PNPS: o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde; fomento de planejamento de ações territorializadas de promoção de saúde e incentivo a gestão democrática, participativa e transparente. Além de esclarecer as competências do Município que são: promover a articulação intra e intersetorial para o apoio à implantação e implementação da PNPS; implantar

e implementar a PNPS no território - respeitando as especificações loco regionais; pactuar nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Regionais (CIR) as estratégias, as diretrizes metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS. O financiamento dos temas prioritários da PNPS e seus planos operativos serão objetos de pactuação prévia na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) (BRASIL, 2014).

Assim, as intervenções em saúde ampliam-se tornando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de vida. Atua nas condições de vida e escolhas saudáveis dos sujeitos e coletividades pertencentes aos seus respectivos territórios.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde deve-se no campo de saúde do trabalhador divulgar informações e definir mecanismos de incentivo para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis com ênfase na redução dos riscos de acidentes de trabalho (BRASIL, 2006b).

A saúde por ser múltipla e complexa, exige participação ativa de todos os sujeitos (usuários, movimentos sociais, trabalhadores de saúde, gestores sanitários e de outros setores) para analisar e fomentar ações que visem à melhoria da qualidade de vida. Promover saúde se faz no campo da Política Pública por meio da construção e da gestão compartilhados. Agir sanitários, rede, compromissos, corresponsabilidade, estratégias, ações – tudo define promoção da saúde. Entende-se, portanto, que promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se aplica aos fatores que colocam a saúde da população em risco e as diferenças, estas necessidades, territórios e culturas presentes no país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defesa da equidade e valorize a participação e controle social na gestão das Políticas Públicas. A promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de política transversal, integrada e intersetorial, com participação de todos os setores, com responsabilidade quanto à qualidade de vida da população, proteção e cuidado com a vida.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1 Caracterização do estudo

A metodologia proposta a este estudo tem característica de um estudo qualitativo do tipo descritivo-exploratório.

3.2 Sujeitos da pesquisa

Participaram do estudo 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), todos do sexo feminino, da Unidade de Saúde da Família (USF) União de Canoas/RS.

O número de sujeitos envolvidos foi estipulado pelo critério de saturação e repetição. Tal critério refere-se a um tipo de ferramenta empregada em pesquisas qualitativas em diversas áreas da saúde, ao qual o fechamento do total de sujeitos processa-se pela suspensão de novos participantes, quando as informações obtidas passam a apresentar redundância e repetição (FONTANELLA *et al.*, 2008; LEFEVRE, 2003). Assim, não foram limitados os sujeitos, já que a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade, conseqüentemente, possibilitando abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1994).

Os critérios de inclusão para a seleção dos ACS no estudo foram: pertencer a uma equipe de saúde da família; trabalhar como ACS há mais de um ano; possuir idade superior a 18 anos; ter concluído o curso introdutório de formação para agentes comunitários de saúde e; o consentimento através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão foram: profissionais em período de férias; estar em licença médica e; rejeitarem assinar o TCLE.

Para responder adequadamente aos objetivos propostos, e a partir das análises das entrevistas, foram estabelecidas três categorias. Entretanto, antes serão apresentadas as características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa. Todos os entrevistados (11 sujeitos) pertenciam ao sexo feminino as quais, relataram possuir ensino médio completo (8), ensino fundamental

completo (2) e ensino superior com formação em Gestão de Recursos Humanos (1). Quando questionadas sobre a forma de inserção no serviço público, todas apontaram o concurso público como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. A totalidade delas afirmou ter concluído o curso preparatório para ACS, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Canoas após o seu ingresso na função. Com relação ao tempo de atuação como ACS, oito desempenhavam essa função há cinco anos e as demais há quatro anos. Os detalhes das informações sócio-demográficas podem ser verificados no quadro 1.

Quadro1: Características sócio-demográficas dos participantes

Número de participantes	Escolaridade	Sexo	Tempo médio de atuação como ACS
ACS 1	Ensino Médio Completo	Feminino	5 anos
ACS 2	Ensino Médio Completo	Feminino	5 anos
ACS 3	Ensino Médio Completo	Feminino	5 anos
ACS 4	Ensino fundamental completo	Feminino	5 anos
ACS 5	Ensino Médio Completo	Feminino	4 anos
ACS 6	Ensino Médio Completo	Feminino	5 anos
ACS 7	Ensino Superior Completo	Feminino	5 anos
ACS 8	Ensino Médio Completo	Feminino	4 anos
ACS 9	Ensino Médio Completo	Feminino	5 anos
ACS 10	Ensino Médio Completo	Feminino	5 anos
ACS 11	Ensino fundamental completo	Feminino	5 anos

Fonte: Elaboração do autor baseada nos dados colhidos durante as entrevistas.

3.3 Instrumento de coleta

Como instrumento de coleta, o estudo utilizou um roteiro de entrevista semiestruturada. O referido roteiro foi composto por duas partes: a primeira contendo questões fechadas sobre características sócio-demográficas dos

sujeitos (idade; sexo; Escolaridade/Grau de instrução; tempo que reside na área de cobertura da USF União; tempo que atua como ACS na USF União e se já trabalhou na área da saúde antes de ser ACS) e; a segunda formada por questões abertas que abordaram os seguintes eixos temáticos: conceito de promoção da saúde e, ações de promoção da saúde envolvidas no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ver Anexo B).

3.4 Procedimentos de coleta

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unilasalle (nº 54201616.6.0000.5307). A coleta de informações ocorreu no mês de maio de 2016. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os ACS nas dependências da USF União de Canoas/RS seguindo um roteiro previamente construído pelo pesquisador.

A partir da construção do roteiro, foi necessário seguir algumas recomendações para realizar as entrevistas. A técnica de entrevista se constitui em forma privilegiada de interação social, com a finalidade de construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa, ao expressar a reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, por meio de dados que retratam suas idéias, crenças, opiniões, maneiras de pensar, atitudes, emoções e comportamentos (MINAYO, 2010).

A entrevista é um encontro entre duas pessoas, afim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados/informações ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (MARCONI; LAKATOS, 1996).

A escolha pela entrevista semiestruturada ocorreu por entender que ela permite, ao entrevistado, a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada, uma vez que combina perguntas fechadas e abertas (MINAYO, 2010).

Foi utilizado um gravador em todas as entrevistas, como forma de garantir maior fidedignidade dos depoimentos. Cada entrevista teve duração, em média, de 45 minutos. A fim de manter o anonimato dos participantes,

foram utilizados os seguintes pseudônimos para identificar as falas dos sujeitos de pesquisa: ACS1, ACS2, ACS3, ACS 4, ACS 5, ACS 6, ACS7, ACS 8 ACS9, ACS10, ACS11.

3.5 Caminho percorrido

As respostas das entrevistas foram fundamentadas na análise de conteúdo, mais especificamente nas categorias temáticas de Bardin (2011). Neste sentido, seguiram-se as três etapas cronológicas sugeridas pelo autor (Pré-Análise Exploração do Material; Tratamento dos Resultados; Inferência e Interpretação).

A pré-análise possui três objetivos: (1) a escolha dos documentos a serem analisados; (2) a formulação de hipóteses e objetivos; e (3) a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. As atividades empreendidas nesta fase são abertas e não estruturadas, havendo uma interação entre elas. Após a escolha do material, o passo seguinte foi à realização de uma leitura flutuante, quando surgem impressões e orientações para a análise. Este é um trabalho preparatório da análise, onde se escolhem os índices que serão organizados sistematicamente em indicadores. Após a pré-análise, partiu-se para a segunda etapa, a exploração do material, quando se administram sistematicamente as orientações e decisões tomadas na pré-análise. Nesta fase, é feito um recorte do material a ser analisado, através de uma tabela de categorias definidas na pré-análise, que são projetadas sobre os conteúdos. Por fim, a terceira etapa compreendeu o tratamento dos resultados obtidos e o trabalho de inferência e interpretação. Assim, ao fim da análise, obteve-se a elaboração de um elo entre os dados do texto e a teoria prévia do analista (BARDIN, 2011).

A seguir, serão apresentados os resultados das análises do estudo.

4 O QUE A PESQUISA NOS REVELA?

No presente capítulo serão apresentadas as categorias definidas, a partir das transcrições das entrevistas, são elas: 'significado do conceito promoção da saúde', 'ações de promoção da saúde' e 'dificuldades relacionadas à formação profissional'.

4.1 Significado do conceito promoção da saúde

Esta categoria temática discute o significado do conceito promoção da saúde pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A categoria revela o que as ACS entendem sobre promoção da saúde e qual a definição que elas dão para este termo.

A análise das falas cita a definição do termo promoção da saúde relacionada à “prevenção” de doenças. Conforme as falas abaixo:

Promoção da saúde é prevenir saúde (ACS 4).

Promoção da saúde é prevenir [...] antes de ficar doente (ACS 11).

O termo 'prevenir' tem o significado de preparar; chegar antes; dispor de maneira que evite dano ou mal, ação antecipada, o que compete na prática ações de divulgação de informações científicas e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (LEAVELL; CLARCK, 1976). 'Promover' significa dar impulso a; fomentar; originar; gerar dessa forma, promoção se define de maneira bem mais ampla que prevenção, tendo em vista que não se dirige a uma determinada doença ou desordem, mas para aumentar a saúde e o bem-estar geral. Tendo como estratégias a ênfase nas transformações de vida e de trabalho que conformam as estruturas subjacentes aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersectorial (FERREIRA, 1986; TERRIS, 1990).

A principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está no olhar sobre o conceito de saúde. Na prevenção a saúde é vista simplesmente

como ausência de doenças, enquanto na promoção a saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando desta maneira em um modelo participativo de saúde na promoção em oposição ao modelo médico de intervenção (FREITAS, 2003).

Além disto, como observa Czeresnia (2003), a compreensão adequada do que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações; buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência.

Por outro lado, é preciso concordar que, de um lado, prevenção e promoção se aproximam, pois suas ações se inserem no nível de atenção primária. Porém, se distinguem, na medida em que, na prevenção o foco é o controle das doenças e a preocupação consiste em eliminar ou reduzir fatores de risco envolvidos na eclosão das enfermidades; ao passo que, na promoção, enfatiza-se a qualidade de vida e busca-se desenvolver fatores de proteção e condições favoráveis para manutenção da saúde da população (MARCONDES, 2004).

Há críticas e polêmicas quanto à distinção entre promoção e prevenção. Muitas vezes, as práticas de promoção partem do mesmo princípio científico que embasa a prevenção, cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo, e estas, raramente, se apresentam de forma explícita (CZERESNIA, 2009).

Para que a concepção da promoção da saúde avance em direção a seu conceito moderno é preciso que sustente as ações na dimensão social da saúde, envolvendo amplos aspectos relacionados com a qualidade de vida, incluindo-se estilos de vida responsável, oportunidades de educação ao longo da vida e apoio social (BUSS, 2003).

Nos depoimentos abaixo os termos ajudar, orientação, informação, bem-estar e qualidade de vida são citados para definir o conceito de promoção da saúde. Estes termos são utilizados de forma rotineira no trabalho do ACS durante as visitas aos usuários do SUS, servindo de ferramenta para uma mudança que possa impulsionar transformações nas práticas cotidianas.

É tudo que envolve saúde, é tudo que der e

puder te ajudar a promover tua saúde [...] uma hora a pessoa pode *ta* bem, de uma hora pra outra pode dar um problema (ACS 1).

Promoção da saúde é a orientação e a informação [...] tua parte tu fez, não pode dar o remedinho na boca deles, não pode ir lá de noite e fazer (ACS 2).

[...] pra mim é qualidade de vida [...] é tu viver um pouco melhor de como tu já vive [...] com questão a alimentação, na minha cabeça é isso, qualidade (ACS 3).

Promoção da saúde é o bem-estar da família. Orientar, incentivar, pra ficar melhor a qualidade de vida das pessoas (ACS 4).

Promover a saúde eu acho que é [...] ir na casa das pessoas e explicar o que deve ser feito, como deve ser feito, pra melhorar as condições de vida dessa pessoa, e pra pessoa não ficar doente, o cuidado com si (ACS 10).

É importante destacar o fato de que foram expressos alguns elementos essenciais para o alcance do conceito de promoção da saúde.

Para Gutierrez *et al.*(1996), promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo.

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 deste processo (OMS, 1986).

A Promoção da Saúde está associada a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros (OMS, 1986).

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida através de programas ou atividades que tendem a conectar-se em componentes educativos, sob o controle dos próprios indivíduos.

Já o segundo grupo de conceituações baseia-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida toda; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2000).

4.2 Ações de promoção da saúde

Quando questionadas em relação às ações de promoção da saúde desenvolvidas, as Agentes Comunitárias de Saúde acreditam desenvolvê-las durante suas rotinas de trabalho. São citadas as atividades de grupos e as diferentes abordagens durante as visitas domiciliares como formas de caracterizar estas ações.

As ações de promoção da saúde aplicadas na atenção básica, geralmente estão voltadas para grupos de usuários relacionados às ações programáticas, como hipertensos, diabéticos, idosos e gestantes (REIS, 2007).

Atender os hipertensos e diabéticos da micro área é considerado umas das funções rotineiras do ACS durante a visita domiciliar. Esta rotina baseia-se,

principalmente, na orientação sobre o cuidado com a saúde relacionada ao uso correto da medicação e o período adequado para a renovação do receituário. As ações de promoção da saúde auxiliam no cuidado com o uso da medicação, alinhando-se a uma perspectiva tradicional, na qual busca a adesão ao tratamento e, sobretudo, à prevenção de sintomas ou sequelas. Conforme a fala abaixo:

Com os hipertensos e diabéticos eu vejo se eles estão tomando os remédios *certinho*. (ACS 4)

A adesão é muito mais que simplesmente cumprir determinações do profissional de saúde. É ter autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos do processo de cura (BACHION; PONTIERI, 2010).

O paciente torna-se mais ativo dentro deste processo de cura quando o vínculo com a equipe de saúde está fortalecido. Tendo em vista esta importância, o papel do ACS na adesão ao tratamento é essencial, pois aproxima o paciente da unidade de saúde.

No caso do diabetes e hipertensos, o ACS pode trabalhar de forma simples e objetiva, dentro da sua competência, informando sobre a importância de seguir um plano alimentar, incentivando a prática de atividade física, informando sobre uso correto das medicações prescritas pelo médico, auxiliar na interpretação se a glicose ou a pressão arterial estiverem elevadas ou controladas como também no incentivo em seguir com o tratamento estabelecido pelo médico (FERREIRA, 2009).

Importante salientar que a adesão trata-se de um processo progressivo que exige flexibilidade por parte da equipe. As mudanças podem ocorrer de forma lenta e gradual, e mesmo que ocorram alguns retrocessos, os profissionais precisam estabelecer combinações com os pacientes, como forma de promover uma relação de responsabilidades entre eles, de forma que cada avanço seja parte de um pacto de saúde estabelecido (BACHION; PONTIERI, 2010).

Várias pesquisas apontam que residir na área em que atua faz com que o Agente Comunitário de Saúde torne-se um trabalhador com características

especiais, pois exerce a função de elo entre a equipe de saúde e a comunidade vivenciando o cotidiano da comunidade com intensidade (LANZONI; MEIRELLES, 2010; FERRAZ; AERTS, 2005; BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010; MOTA; DAVID, 2010).

Neste contexto o ACS, mediador (elo, ponte) entre os serviços e comunidade, peça importante dentro da equipe da saúde da família, ocupa grande parte do trabalho ao atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da sua micro área. Neste ponto, o diálogo com estes usuários torna-se um importante aliado no controle da doença e estabilidade na qualidade de vida. Acredita-se que o ACS seja o profissional com maior tempo e espaço para conversar, auxiliando familiares que não dispõem deste tempo diariamente, em função disto, surge o espaço propício para aplicar ações que valorize a saúde, sem torná-la restrita ao essencial.

É possível identificar também as ações de promoção da saúde direcionadas às gestantes e crianças cadastradas na unidade. Conforme abaixo:

[...] as gestantes [...] a gente fala da importância da amamentação, olha se as vacinas estão em dia, quando vai ser a próxima consulta (ACS 3).

As visitas das crianças, eu falo com as mães, se marcou a consulta pra ver o crescimento, o peso e tal (ACS 4)

Os depoimentos revelam que as ACS da unidade estudada buscam desenvolver uma aproximação importante entre as gestantes e a unidade de saúde, oportunizando o acesso aos serviços de saúde.

A atenção à mulher no período gestacional é uma importante dimensão do cuidado na organização dos serviços de saúde, sendo importante que a atuação da equipe de saúde possua qualidade, a fim de atender às necessidades de saúde desta mulher, e prevenir situações que possam favorecer a morbimortalidade materna. Para promover a saúde da gestante, o

serviço deve fornecer as bases do cuidado, através do atendimento articulado, humanizado e resolutivo (SILVA *et al.*, 2012).

Desta maneira, além dos elementos de seu trabalho (elo entre comunidade e a unidade de saúde), o ACS também possui elementos potencializadores da prática do cuidado, que se sustentam numa relação acolhedora (COSTA *et al.*, 2012).

O ACS, conforme mencionado anteriormente deve residir na própria comunidade em que trabalha para ter acesso fácil as famílias, visando identificar seus problemas rapidamente. Este profissional deve atender os moradores de cada domicílio cadastrado em todas as questões relacionadas à saúde, buscando encontrar alternativas para enfrentar as situações problemáticas apresentadas, juntamente com o apoio da equipe de saúde da unidade em que trabalha. Por conta disso, as ações de promoção da saúde relatadas, são aquelas direcionadas através da orientação às pessoas, conforme abaixo:

Eu acho que é orientação pra eles não ficarem tanto doentes e não ter tantos problemas de saúde [...] para terem saúde (ACS 9).

Eu chego oriento, se a pessoa já consultou no mês, se já renovou as receitas (ACS 6).

É orientação e prevenção da saúde [...] orientar sobre alguma doença que o paciente tem, orientar sobre a medicação, vacinas, orientação da carteirinha de gestantes [...] Alertar *né* (ACS 9).

A orientação do ACS é fundamental para construir um entendimento sobre promoção da saúde aos usuários do SUS, nela é possível alertar, informar, avisar, mobilizar, incentivar a população a perceber a importância dos cuidados com a saúde.

A orientação bem direcionada é aquela em que o ACS primeiramente

compreende o contexto em que a família ou indivíduo atendido está inserido desde o reconhecimento das características do território até a estrutura familiar pertencente, e assim, estabelecer um plano de ação que propicie as famílias entendam o que é promoção da saúde. A orientação serve também para a valorização da saúde, possibilitando a garantia de uma qualidade de vida, adquirindo verdadeiro sentido de promover saúde.

Os ACS desenvolvem suas atividades de modo a identificar as situações de maior risco em saúde, atuando e colaborando na orientação, acompanhamento e educação popular, colocando em prática conhecimentos sobre prevenção e resolução de problemas de ordem sanitária, incentivando práticas de promoção da vida (BRASIL, 2004).

Seligmann e Silva (1993) confirmam que orientar a população é considerado uma das principais funções exercidas do ACS na sua rotina de trabalho, principalmente durante a visita domiciliar. A maior contribuição do ACS se resume em orientar a população sobre higiene, alimentação, hábitos de vida e encaminhar as pessoas a atendimento especializado, quando necessário.

Aumentar a consciência popular através da qualidade do atendimento no sistema de saúde utilizando a informação de forma compreensível e atrativa é uma ação que o ACS destina à comunidade. Essa ação inclui o comprometimento do profissional de saúde e o desenvolvimento de ações de educação em saúde que possibilite a melhoria da qualidade de vida da população.

A educação em saúde é compreendida como processo de transformação que desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções coletivas para resolvê-los. A prática educativa, assim entendida, é parte integrante da própria ação de saúde e, como tal, deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema, em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde (GAZZINELLI, 2005).

O ACS está inserido numa unidade de saúde da família (USF), em que além de oferece os serviços de atenção, cuidado e atendimento com o médico, a dentista e a enfermeira, oportuniza trabalhar ações de educação em saúde

através dos chamados “grupos”. Os grupos são pessoas da comunidade que se reúnem na unidade de saúde, de forma programada, para discutirem assuntos que privilegie uma melhora das suas condições de saúde. Intitulados como: grupo formado por hipertensos e diabéticos (hiperdia), grupo formado por gestantes (grupo de gestantes) possuem como um dos membros de sua organização o ACS. Abaixo o relato das ações de promoção da saúde realizada pelo ACS aos grupos desenvolvidos na Unidade de Saúde:

[...] tem vários grupos, tem dos idosos, diabéticos, gestantes, hiperdia, esses grupos falam de vários temas de alimentação, medicação, sexualidade, muita coisa (ACS 7).

É fundamental que existam trocas entre comunidade e profissionais da saúde, por meio de grupos educativos que possibilitam circular informações, valorizar e legitimar experiências, tanto individuais quanto coletivas (FAVORETO; CABRAL, 2009). Permitindo cada vez mais, serviços que orientem ações em saúde (CZERESNIA, 2003; FREITAS, 2003).

As ações coletivas podem ser desenvolvidas como estratégias eficientes para a melhoria da qualidade de vida da população, já que permitem não somente a discussão dos problemas que afetam a saúde como também possibilitam a construção coletiva de estratégias de intervenção. (BRASIL, 2000)

As diversas definições de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) representam um conceito atualmente disseminado de que as condições de vida e trabalho das pessoas estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

A fala abaixo demonstra a ação de promoção da saúde realizada pela ACS focada nos determinantes sociais da saúde a partir do reconhecimento do processo saúde-doença resgatando o debate em torno de investimentos sociais que determinam mudanças no modo de viver e de ter saúde. A ação não é somente focada na pessoa e sim no contexto geral que está inserida.

Eu vou na casa da pessoa e tento ter um olhar clínico, tento observar desde a entrada, o pátio, tudo, o

máximo que eu puder pegar daquela pessoa, pra ver se não tem foco de dengue, se não tem problema de muito rato, se o pátio ta limpo ou não, se tem água encanada, se eles têm luz, se tem banheiro, as condições de higiene dentro de casa, se aquela família tem condições, se tem alimentação, se trabalham se não trabalham, se tem crianças e se estão bem cuidadas, se as casas são separadas, os quartos das crianças ou não, como é que o pai e a mãe dorme, que horas levantam, a rotina daquela casa daquela pessoa (ACS 4).

Este depoimento remete a ação de promoção da saúde em torno da determinação social da saúde (DSS), na qual as percepções da ACS possibilitam identificar as necessidades e anseios da família com relação aos recursos econômicos, sociais e de saúde. Os DSS, mais observados, são: saneamento, inclusão social, segurança, modelos de atenção à saúde, habitação, alimentação, autoestima, emprego, educação, paz, renda, stress, primeiros anos de vida, rede de suporte social, distribuição de renda (DOWBOR, 2008).

O ACS, com o passar do tempo, em contato com a real conjuntura socioeconômica da população evidencia a pobreza e a desigualdade social. A vontade em obter resolução para essas situações crescentes, gera um desafio sobre o seu trabalho. Os depoimentos abaixo representam a busca por alternativas:

Pergunto para as pessoas se elas estudam, se fazem algum curso ou não [...] sempre tento levar algo novo que ela possa buscar, uma palestra, um cursinho [...] se informando mais, vai adquirir mais conhecimento [...] ela não vai fazer coisas erradas, não vai descartar um medicamento errado, colocar um medicamento no lixo, vai trazer o medicamento no posto, pro descarte certo (ACS 5).

[...] uma coisa que eu digo pra elas: gurias, não se

resume só em filhos, é muito grande a vida, é muito mais que isso, às vezes é legal tu trabalhar, ter o teu dinheirinho, comprar alguma coisa pros teus filhos (ACS 3).

Esses achados são importantes, pois avançam em relação às ações consideradas de promoção da saúde, que se aproximam de um conceito ampliado, que inclui aspectos que extrapolam o campo da prevenção das doenças. A atuação do ACS é uma prática social atual e inovadora que permite também intervir nas condições de cidadania e não somente nas condições de saúde.

O ACS atua como promotor da saúde de indivíduos, buscando por meio de incentivos os hábitos de vida e saúde, especialmente em relação à mudança de comportamento. A promoção da saúde visa à melhoria da qualidade de vida por meio de políticas públicas favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do empoderamento dos indivíduos e das comunidades (SILVA, 2009).

O empoderamento comunitário suscita a elaboração de estratégias que procurem promover a participação visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida. Espera-se, o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas. Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, esta estratégia sugere que as pessoas e coletivos sejam apoiados no processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade (RAERBUM; ROOTMAN, 1998; HILLS, 2000).

Dessa forma, as estratégias de promoção da saúde podem modificar os estilos de vida, bem como as condições sociais, econômicas e ambientais que interferem no processo saúde-doença, implicando um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde (NORONHA *et al.*, 2009).

Outro fator importante tem relação com as ações de promoção da saúde vinculadas ao apoio matricial do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) através da intersetorialidade. Assim, reforça a importância do ACS em

identificar o problema ocorrido e não adotar a postura de ser o “herói” e articular com outros profissionais da saúde recursos que possam permitir uma melhor resolução para as demandas. Assim demonstrado abaixo:

Na minha micro área [...] se não vejo resultado nas minhas visitas falo pra enfermeira ou passo pro NASF.

A intersetorialidade é uma nova forma de governar, construir e fortalecer políticas públicas capazes de superar a fragmentação dos setores, dos saberes e das estruturas governamentais e sociais, de forma a promover efeitos mais significativos na vida da sociedade civil (MELLO *et al.* 2007).

Referente ao apoio matricial, esta é uma importante ferramenta de saúde que possibilita a troca de saberes de diferentes profissionais, presente na interdisciplinaridade. Este apoio é atribuído ao NASF, criado em 2008, pelo Ministério da Saúde, com vistas a apoiar as Equipes da ESF compartilhando as práticas em saúde (BRASIL, 2008).

A principal metodologia do NASF é o matriciamento, que pode acontecer de duas formas: a primeira se dá a partir da oferta de assistência especializada ao usuário nas situações de maior complexidade, e a segunda se dá pela oferta de suporte técnico pedagógico (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2008).

O Programa Saúde na Escola (PSE) constituído em 2007 visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2007).

O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA) (BRASIL, 2007).

Para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que entende

a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Na esfera da saúde, as práticas das equipes de Saúde da Família, incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos. O ACS inserido na ESF alcança o propósito do PSE quanto às ações de promoção da saúde representadas abaixo:

[...] na escola, faz os testes de acuidade visual [...] vai dois ACS e a enfermeira, na escola, pegamos uma turma de 1ª a 4ª série [...] é colocado aquelas letras [...] a gente vê a altura também. Depois tem um tipo de mutirão que atende esses que precisam, [...] fazem os exames ali mesmo no ônibus, o ônibus vem duas vezes por ano [...] tem crianças de um ano pro outro estão de óculos (ACS 10).

É possível perceber que a ACS atua no apoio das ações destinadas à avaliação da acuidade visual e peso corporal dos alunos. Esta ação é complementada com o apoio de outros setores da saúde coletiva, como o serviço de atendimento oftalmológico através do mutirão. O PSE proporciona espaço de discussão, possibilitando ao ACS informar os alunos sobre os serviços oferecidos na unidade de saúde bem como abordagem de assuntos pertinentes a realidade diária dos alunos, o contato com a escola, a formulação de um projeto de ações desenvolvidas em aula, palestras informativas, discussões e debates, serviços oferecidos de saúde a comunidade, todas estas informações poderão ser dadas aos alunos com o intuito de promover a saúde e estabelecendo desde cedo a importância do cuidado com a saúde e viver com saúde.

Ademais, existem ações de promoção da saúde em parceria com instituições de ensino superior na qual permite uma ampliação de vivências, onde discute sobre dilemas, dificuldades e possibilidades de resoluções de problemas enfrentados envolvendo as famílias dos moradores cadastrados na Unidade de Saúde da Família União.

[...] a nossa equipe [...] é ligado ao PIM (Programa

Infância Melhor). [...] um ACS [...] fica acompanhando o grupo, a conversa que eles têm com as mães. Lá fazem atendimento com as crianças e tem o vínculo com a Unilasalle (ACS 5).

É importante compreender que a promoção à saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico. É necessário intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promovendo a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que em conjunto possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo.

Estas parcerias são caracterizadas como trabalho em rede e o ACS contribui de forma importante nesse sentido, compartilhando os saberes de suas atribuições com outros profissionais da área da saúde para auxiliar no desfecho dos problemas envolvendo as famílias pertencentes do território adstrito.

Segundo McQueen (2000) a promoção da saúde assenta-se na discussão a partir de certos “lugares” tais como as escolas, os locais de trabalho, o domicílio, as organizações comunitárias, etc. O que se coloca em evidência é o caráter coletivo das ações de promoção da saúde que reflete o quanto os fatores organizacionais são potentes para determinar o comportamento individual e dos grupos, visto que podem ser ajustados a cada contexto específico.

Estratégias envolvendo a mudança de hábitos de vida podem provocar grande melhora na saúde e na qualidade de vida da população. A orientação do ACS em informar a importância da prática de atividade física é uma dessas mudanças, isso reforça o papel deste profissional nas ações preconizadas pelo SUS que apontam para uma mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde, onde deverá haver incorporação progressiva de ações de promoção e proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

Foi possível verificar no depoimento abaixo as ações de promoção da

saúde com o objetivo de incentivar à comunidade por meio de atividades físicas e práticas corporais.

Eu convido [...] pra fazer exercícios, caminhadas. É muito interessante (ACS 7).

Eu levo algum conhecimento [...] ela começa a fazer atividade física aí eu *to* vendo que o meu trabalho ta fazendo efeito, onde eu *to* promovendo a saúde daquela pessoa (ACS 4).

Naturalmente, o ser humano entende que cuidando de sua saúde a chance de prolongar sua vida é maior, assim o ACS devidamente capacitado, orientado, atualizado, torna-se fundamental no papel de “mensageiro da saúde” na qual durante suas visitas domiciliares perceberá o momento adequado de direcionar as ações promotoras de saúde.

A visita domiciliar propicia a possibilidade de abordar inúmeros assuntos referentes à saúde, desde o cuidado com a medicação até o incentivo a prática de atividade física. É preciso que o ACS reflita o quanto é importante valorizar a visita domiciliar nas famílias consideradas “saudáveis” e procurar identificar os pontos positivos que fazem desta família possuir esta autonomia e de alguma maneira encontrar um mecanismo de aproximação desta com a unidade de saúde e principalmente na participação dos grupos oferecidos, na qual servirão de apoio e incentivo aos demais participantes na busca da melhora da saúde.

A representação da comunidade nas atividades propostas pela unidade de saúde reforça o entendimento da participação social como um recurso altamente positivo e produtivo quando se quer dimensionar a importância do cuidado com a saúde, desta forma, a participação social torna-se divulgadora natural dos serviços de saúde realizados na unidade.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), fazem parte das ações das unidades básicas de atendimento, apoiar as ações de práticas corporais/atividade física da Estratégia da Saúde da Família e implantar tais iniciativas nas unidades de atendimento que ainda não possuem.

Também, ofertar atividades físicas e práticas corporais como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde voltadas para indivíduos e comunidade como um todo e não somente aos grupos vulneráveis (BRASIL, 2006b).

4.3 Dificuldades relacionadas à formação profissional

O curso introdutório para o exercício profissional dos ACS oferecido pelo MS tem como objetivo garantir conhecimento para atuar no seu cotidiano nas ações de controle ambiental, riscos e danos à saúde, de promoção à saúde e à responsabilidade no desempenho de função pública.

O curso introdutório prevê carga horária mínima de 40 horas e reforça a atuação do ACS no fortalecimento do seu trabalho (BRASIL, 2006). Porém os sujeitos da pesquisa relatam que não foram suficientemente preparados durante o curso para exercerem tais atribuições, aprendendo na prática aquilo que deveria ter sido preparado antes de exercerem efetivamente a profissão. Seguem-se as dificuldades apresentadas pelos ACS com relação ao curso introdutório:

Às vezes tu está lá, ouvindo as explicações, mas aquilo ali pra ti ta entrando de um lado e saindo pelo outro né (ACS 1).

Eu fiz o curso depois demorou um ano para eu ser chamada [...] então já tinha muita coisa esquecida (ACS 2).

Foi de uma semana, eu não me recordo muito [...] alguns colegas enfermeiros que falavam pouco sobre algumas doenças [...] falavam também de como ia ser [...] o trabalho (ACS 3).

Fiz, não lembro [...]. No curso introdutório eu não consigo aplicar nada (ACS 8).

[...] o curso é bem pra falar a verdade chato, fica o dia inteiro [...] o curso fica cansativo (ACS 9).

[...] sinceramente não sei se vou achar as palavras, mas é que eles falam, falam, falam e não entra na tua cabeça, chega a dar sono, eu acho que deveria ser mais dinâmico, é muita coisa técnica e pouca coisa prática (ACS 11).

A formação em saúde direciona para o reconhecimento das complexidades e necessidades percebidas neste modelo de atenção à saúde. A formação deve preparar os profissionais para atender aos princípios do SUS, baseando-se, sobretudo, na integralidade. Uma das ações para se chegar ao modelo pretendido consiste na mudança no preparo e formação dos profissionais como um todo, no caso deste estudo, do ACS.

O curso introdutório seria mais proveitoso se fosse direcionado às questões básicas do trabalho do ACS, na qual abordasse as atribuições e conceitos utilizados pelos ACS. Com o comprometimento de dar seguimento através da busca pela formação técnica e valorizando as capacitações direcionadas exclusivamente aos ACS fortalecendo as ações práticas direcionadas à melhoria da saúde.

O ACS traz consigo, ao ingressar na equipe de saúde, uma diversidade de conhecimentos populares, adquiridos nas relações com pessoas na sua comunidade. No entanto, é necessário que, além desses conhecimentos prévios, ele adquira também os conhecimentos técnicos que o diferencie do restante da população, possibilitando assim, discutir de modo apropriado com o restante da equipe, sem desconsiderar a especificidade de seu trabalho.

Santana *et al.* (2009) evidenciou que os ACS têm conhecimento e consciência do seu papel dentro da equipe multiprofissional. Contudo, sentem-se despreparados para exercer todas as suas atribuições, desvalorizados em relação à comunidade e a outros membros da equipe. Em suas falas, os ACS relataram que tiveram que aprender na prática aquilo que deveria ter sido preparado antes de exercerem efetivamente a profissão.

Quando o ACS percebe que a relação do serviço com a comunidade não

atinge às necessidades da população, ele é o primeiro a se culpabilizar. Percebe-se que as Agentes Comunitárias de Saúde, do presente estudo, trazem em seu trabalho a premissa de atender às diferentes necessidades dos usuários que acompanham e solucioná-las, conforme os depoimentos a seguir:

Eu não posso fazer, mas eu marco consultas antes do meu trabalho, às 07 horas ligo do meu celular pro tele agendamento, eu ligo para aquelas que têm preguiça de ligar, aí eu falo: deixa que eu ligo. Faço isso porque eu sei que eles não vão ligar. Eu prefiro não me dispor com a família e marco. Azar, não me tira pedaço [...]. Eu faço porque acho que é boa vontade. Outra coisa que eu faço eventualmente é levar medicação (ACS 6).

[...] eles ficam cansados de ligar, tem o tele-agendamento daí eles não conseguem agendar, a gente não pode *né*, mas a gente faz isso, eu sou uma, eu ligo na frente deles entendeu, aí eu sei que vão retornar, aí quando retornam na hora já marco na hora já entrego e aí eles ficam muito felizes (ACS 9).

Ah eu faço das minhas, outra vez a menina ganhou o bebê e aí tinha que fazer o teste do pezinho do bebê e não tinha com quem deixar os outros pequeninos, então era eu ela e as crianças tudo fazendo o teste do pezinho. O que tu puder fazer tu faz, não era minha atribuição vir aqui no posto e vir com uma pessoa de lá [...] não tirou nenhum pedaço (ACS 11).

Eu faço coisa que nem deveria, que é agendar a consulta que a gente não pode mas eu agendo, ligar e tal, não podemos mas eu faço, porque tem velhinhos que moram sozinhos, casal marido e mulher, não posso mas eu faço, renovar as receitas, não posso trazer mas eu

trago, porque eu não vou pedir para uma senhora de 80 e poucos anos sair de casa no frio e vir aqui se eu venho todo o dia (ACS 9).

A gente acaba fazendo mais coisas que as nossas atribuições, leva uma receita pra trocar, isso é coisa do paciente (ACS 10).

Conforme estudo de Filgueiras e Silva (2011), destaca-se que trabalhar em um lugar onde se conhecem muitas pessoas pode ser ruim, pois a cobrança pode ser maior, os encontros são mais frequentes e, muitas vezes, os usuários são vizinhos dos ACS criando uma relação muito próxima com os usuários, que passam a considerar um dever do profissional desempenhar tal função. Nesta situação é possível que o ACS adote o papel de “super-herói” e confunda sua atuação como caridade, ajudar o próximo, fazer o bem, ocasionando um distanciamento de suas atribuições e impedindo a autonomia e comprometimento com a saúde dos pacientes envolvidos.

Porém, há também a valorização das capacitações oferecidas na USF-União aos ACS. Estas capacitações permitem refletir sobre o quanto é importante determinar a função do curso introdutório como primeira etapa da formação do ACS e o seguimento da formação do ACS através das capacitações durante a rotina de trabalho propiciando a valorização da prática do dia a dia e a garantia da experiência e domínio da profissão.

Olha, eu fui aprender a ser ACS mesmo, trabalhando, e tendo cursos de capacitação [...] o cuidado com os idosos, desde o arrumar a cama, trocas, escaras, feridas, banho, escovação, cuidado, tudo sobre os idosos. Muito interessante (ACS 1)

Tivemos curso da parte da farmácia, sobre os medicamentos, se fosse contar por certificados, eu tenho 5 ou 6 certificados já, das capacitações que eu fiz, de muito valia (ACS 4).

Os cursos de capacitação [...] são os melhores aliados, numa capacitação vai ter uma solução pro teu problema (ACS 7).

Eu acho que as capacitações são as que mais assim ajudam [...] a gente teve orientação de quase tudo [...] como lidar com as carteirinhas com idoso, as crianças com as doenças [...] doenças, por exemplo, tuberculose (ACS 10).

A educação que estas profissionais de saúde recebem parece se caracterizar como pontual, oferecida quase sempre por técnicos da própria Secretaria de Saúde de Canoas/RS. Estas capacitações, ocorridas aleatoriamente durante o ano, adotam uma concepção pedagógica, baseada no repasse de informações e na problematização dos conteúdos. As próprias ACS relatam a importância dos conteúdos e o método utilizado nestes encontros.

Bornstein e Stotz (2008) defendem a necessidade de utilizar métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante e, se possível, incluindo novas tecnologias. Mas esta necessidade vem subsidiária da necessidade de se discutir concepções educativas, os métodos são sempre bem-vindos como caminhos para se chegar ao conhecimento, mas eles, por si só, não são garantia de mudança. É preciso que ocorra uma mediação do professor e verificar o que este entende por processo educativo, pois a tecnologia não é o próprio processo educativo.

É importante ressaltar as ações que possibilitem o ACS adquirir uma identidade como um trabalho fundamentado, que utilize da sua vivência comunitária e técnica para se distanciar do perfil de faz tudo ou considerado como um recurso de baixo custo para expansão de cobertura dos serviços de saúde da atenção primária (SANTOS; FRACOLLI, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade com a qual me deparei no decorrer deste estudo, me tocou ao identificar que as ACS, compreendem suas atribuições e principalmente identificam as ações de promoção da saúde no cotidiano do trabalho. Seja de forma ampliada ou de forma restrita, as ACS definem o conceito de promoção da saúde conforme a visão que cada uma percebe. Para tanto entendo como fundamental que todas as ACS desenvolvem seu fazer diário com propriedade, conhecem a realidade das suas microáreas e a estrutura da rede do SUS que estão inseridas. Assim, ao conhecer as fragilidades, as potencialidades, o reconhecimento das características do território possibilita uma melhor estratégia de atuação, mais humanizada, acolhedora e que preste a assistência adequada ao usuário.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é parte importante do sistema de saúde, onde oferece ao ACS desempenhar ações de produção do conhecimento, intervenções individuais ou coletivas que possibilite intervir sobre as relações entre as variáveis que consistem as condições de saúde, de forma a modificar determinantes que influenciam no processo saúde-doença, contribuindo principalmente na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

O título de ser considerada a principal porta de entrada dos serviços de saúde do SUS e oferecer resoluções de problemas a 80% das demandas atendidas caracteriza a ABS como a grande solução dos serviços de saúde. Na teoria, o serviço prestado numa unidade de saúde próxima a residência da população oferece todos os recursos atrelados à prevenção e promoção da saúde e que possibilite um maior entendimento sobre os cuidados a saúde tornando a população capaz de compreender a importância de responsabilizar-se com a sua saúde. Esta cartilha teórica infelizmente na prática não se aplica na sua totalidade. Durante o dia a dia de trabalho em especial, numa unidade de saúde da família (USF), em que a população frequentadora geralmente é a mesma, é possível identificar o quanto é desafiador provocar a mudança de comportamento àqueles que enfrentam diariamente problemas, não apenas relacionados a sintomas físicos como também outros importantes determinantes que influenciam no modo de vida.

A USF acaba assumindo outras características, atuando de forma assistencialista no controle e cura de doenças. E porque razão isso acontece? Será que os profissionais de saúde inseridos na Atenção Básica encontram dificuldades em desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde direcionada à população? Ou então, refletir o quanto a população encontra-se doente e carente de serviços básicos como saneamento, urbanização, lazer, educação, segurança e por esta razão sobrecarregando os serviços de saúde?

Os serviços prestados numa USF atende como "a mãe que ajuda a todos". Esta posição implica analisar qual a responsabilidade do paciente em cuidar da sua própria saúde? Os profissionais de saúde são os responsáveis pelas dificuldades com relação à saúde enfrentadas pela população?

Relacionar estes questionamentos à atuação do ACS remete especificamente a outro questionamento: - será responsabilidade do ACS informar à população quanto às demandas da unidade e fazer com que os usuários do SUS, por exemplo, não deixem para a "última hora" uma renovação de receita com a idéia de quererem tudo para "ontem"? Onde se insere o princípio da corresponsabilidade? Tão bem definida, como cada um com suas responsabilidades. É preciso que o profissional reflita sobre o atendimento dado à população e evitar acostumá-la de maneira errada. As responsabilidades precisam ser divididas e, reforçar a importância da orientação aqueles com mais dificuldades no fluxo das renovações de receitas e nas marcações de exames, implantar de forma efetiva o princípio da equidade durante o acolhimento, para que assim, os usuários do SUS na ABS possam entender que quanto mais precavidos com sua saúde menor a chance de evitar contratempos e problemas que exijam soluções imediatas.

O usuário deve assumir seu papel no controle de suas responsabilidades, o primeiro passo para o cuidado com a saúde depende exclusivamente dele e que os serviços de saúde podem auxiliá-lo neste cuidado, através de ações que enfatizem a importância de ter uma vida saudável, chamadas então de ações de promoção da saúde. A atuação dos profissionais de saúde da rede de atenção básica deve estar vinculada diretamente com o perfil epidemiológico do município, e com o contexto das condições socioeconômicas e de saúde da população, para isso se faz necessário mergulhar na história, entender a cultura, ser conhecedor das

dificuldades e deficiências encontradas na rede. Sem dúvida é um desafio que deve ser enfrentado, buscando um atendimento humanizado e qualificado dos serviços de saúde.

O ACS durante sua rotina de trabalho identifica as necessidades dos usuários e busca entender o contexto que envolve as famílias atendidas e procura as respostas aos “porquês” ocorridos. Os problemas se apresentam de várias maneiras, e depende da família a ser visitada, assim o maior recurso que o ACS tem durante estes enfrentamentos é estar sempre bem informado e respaldado com o apoio de outros setores que ajudarão no suporte das questões envolvidas.

Desta forma o ACS tem por responsabilidade social contribuir na promoção da saúde através de ações educativas na comunidade. Atuando na mudança no estilo de vida, hábitos e fatores de risco assim como a capacidade de promover a autonomia da comunidade. Desta maneira ao relacionar os questionamentos à pesquisa realizada, foi possível concluir que as ACS conceituam a promoção da saúde relacionando-a a ajuda, orientação, informação, bem-estar e qualidade de vida por vezes confundindo com prevenção de doenças. Com relação às ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas ACS, mesmo com alguns desafios a serem superados com relação à capacitação/formação foram identificadas durante a visita domiciliar, durante os grupos realizados na unidade de saúde e na escola pertencente ao território adstrito.

Quanto ao público destinado, as ações de promoção da saúde contemplam os hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e demais pessoas da comunidade atendida. A orientação, informação e educação em saúde são consideradas ferramentas para aplicação das ações de promoção da saúde, com a finalidade de conscientizar, compreender e garantir através da autonomia a qualidade de vida dos usuários do SUS cadastrados na USF-União. Portanto, a pesquisa possibilitou compreender o trabalho do ACS na promoção da saúde, refletindo sobre as práticas existentes e possibilidades de sua ampliação. Desta forma sugerem-se mais investigações sobre outras atribuições do ACS que visam à melhoria da qualidade de vida e suas ações efetivas às pessoas atendidas.

6 PRODUTO SOCIAL

O produto social foi uma palestra destinada aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Unidade Saúde da Família (USF) União de Canoas realizada na Associação de Moradores do Bairro Mathias Velho, localizada ao lado da própria unidade, no dia 17 de novembro de 2016 no turno da tarde, onde foi abordado o tema: As atribuições do Agente Comunitário de Saúde - uma revisão de conceitos. Referente ao tema proposto, os assuntos seguiram na seguinte ordem: Inserção do ACS no Sistema Único de Saúde e Atribuições do ACS segundo a Política Nacional de Atenção Básica a Saúde. Após a discussão sobre o conteúdo apresentado, foi realizada uma dinâmica com os ACS e o palestrante envolvendo a prática do trabalho do ACS e suas alternativas para a mobilização da comunidade aos serviços de saúde.

A partir do encontro realizado com os ACS de Canoas, pôde-se verificar que se tratou de um importante momento para discussão sobre os desafios e possibilidades de atuação profissional frente à comunidade. O encontro oportunizou conhecer a concepção dos ACS sobre o próprio trabalho, reunidos em um espaço aberto em que esses se sentiram à vontade para debaterem e refletirem sobre os desafios e as conquistas de sua prática.

Durante o encontro foi possível esclarecer os resultados da pesquisa realizada. A partir da realização do encontro, pôde-se discutir sobre o conhecimento que os ACS têm sobre a atual atenção primária à saúde, especificamente através do trabalho do agente comunitário de saúde e de suas ações desenvolvidas junto à comunidade atendida. A maior parte do encontro, os ACS questionaram sobre a identidade e o perfil do ACS. Esse fato demonstra e ilustra questões frequentes em relação à luta desses profissionais pela sua formação e pela mudança no tipo de vínculo estabelecido com o serviço de saúde. Na maioria dos municípios com ESF, a profissionalização do ACS tem se dado em serviço, o que requer a liberação deste profissional do trabalho para a formação. Foi questionado a precarização do trabalho do ACS e a falta de mobilização da categoria, justamente criticando a falta de oportunidades que os ACS enfrentam quanto às capacitações profissionais direcionadas exclusivamente aos ACS.

Os ACS reconhecem que há uma distância considerável entre as atribuições prescritas pelo Ministério da Saúde e o que o contexto da saúde pública em Canoas requer. Estas questões envolvem demandas exaustivas de trabalho, dificuldades de resoluções de problemas de saúde enfrentados pela comunidade atendida, desconhecimento das atribuições direcionadas aos ACS, intolerância em exercer ações direcionadas ao combate do mosquito da dengue por razão de justificar estas ações aos agentes de combate a endemias.

Outro aspecto considerável que influencia a prática do trabalho do ACS relatado pelos participantes, foi em relação à falta de divulgação sobre quem é o ACS, o que esse profissional faz e que recursos são necessários para viabilizar um trabalho satisfatório deste profissional e a desmotivação devido à desvalorização desta prática. Os participantes entendem que é preciso direcionar capacitações, cursos, palestras, específicas sobre o cotidiano de trabalho do ACS, possibilitando um maior entendimento teórico para auxiliar no desenvolvimento prático das ações de saúde realizadas a favor da comunidade. Durante a intervenção, houve também, momentos em que os ACS relataram desconhecer a formação técnica para ACS, bem como as atribuições do ACS na sua totalidade, foi possível perceber também relatos a respeito da profissão de ACS envolvendo baixa remuneração.

Neste sentido, a possibilidade de o ACS adquirir conhecimento técnico-prático representa um importante avanço enquanto categoria profissional que reconhece a complexidade e a fragilidade de sua prática, que ainda necessita atingir importantes objetivos que ultrapassem o interesse individual e conquiste os devidos direitos que perpassam as políticas públicas e todas as outras instâncias que tangem a sua prática.

O ACS é um personagem central que se inscreve na atual política de saúde pública. Cada contexto no qual o ACS atua deve ser compreendido, pois apresenta diferentes aspectos que devem ser valorizados para que o profissional consiga ultrapassar o modelo tradicional de saúde e seja, realmente, o eixo principal do SUS que queremos.

A palestra foi finalizada após os ACS darem exemplos práticos das suas rotinas de trabalho, em especial, sobre as ações de promoção da saúde. Nesse

entendimento, a intervenção aplicada, se caracterizou como uma ação de educação em saúde construída em um espaço de ensino-aprendizagem e que procurou estabelecer uma relação do conhecimento teórico dos ACS ao longo do tempo e perceber a viabilidade no desenvolvimento de sua prática.



Fotografia 1 - Registro do encontro com as ACS

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E.Z. **As concepções do agente comunitário de saúde sobre promoção da saúde**. 2008. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- ALVES K.V.G. **O que sabe o agente comunitário de saúde?** [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
- ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- AROUCA, A.S.S. **Democracia é saúde**. In: **Conferência Nacional de Saúde, 8.**, 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.
- BACHION, M. M, PONTIERI, F.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012432017>>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARNES, D.; ERIBES C.; JUARBE T.; NELSON, M.; PROCTOR, S.; SAWYER, L. SHAUL, M.; MELEIS, A. I. Primary Health Care and Primary Care: a confusion of philosophies. **Nursing Outlook**, st. Louis, v. 43, n. 1, p. 7-16, Jan/Feb. 1995.
- BARROS, DF *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n.1, mar. 2010. Disponível em www.scielo.br acessos em 28 maio 2016
- BODSTEIN, R. Editorial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p. 398-399, 2002.
- BORNSTEIN, V.J. **O Agente Comunitário de Saúde na mediação de saberes**. 243 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.
- BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p.259-268. 2008. Disponível em: www.scielo.br Acesso em 07 de setembro de 2016.
- BRAND, CI;ANTUNES, R M; FONTANA, R T.Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitar e enferm.**, v.15, n.1, pp. 40-7, Jan/Mar 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de agentes comunitários de saúde**. Brasília; 1994a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília; 1994b.

BRASIL. **Decreto n. 3189, 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.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde**. – Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional**. Brasília; 2004.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Aprovada pela Portaria nº 687 de 30 de março de 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde. – (Série B). **Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde**, 2006b. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Decreto de 13 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 399/ GM/MS, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da Saúde**. Brasília; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília; 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Saúde Complementar. Brasília, DF, 2007c. (**Coleção Progestores – Para entender a Gestão do SUS**, 11).

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 05 de fevereiro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n nº 154 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de apoio à Saúde da Família- NASF. Brasília:2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2446, de 11 de novembro de 2014**. Brasília, p. 68-70; 2014.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

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

BUSS, P.M, PELLEGRINI F. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [Internet]. 2007 [2016 jun 30]; v.17, n.1, pp.77-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

BUSS PM. **Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 19-42.

CAMPOS, G.W.S., BARROS, R.B., CASTRO, A.M. Avaliação da Política Nacional de promoção da saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749,

2004.

CAMPOS, G. W.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407; 2007.

CARDOSO, AS; NASCIMENTO, M C. **Comunicação no Programa de Saúde da Família: O Agente Comunitário de Saúde como Elo integrador entre a equipe e a comunidade**. Rev eletrônica Ciência e Saúde Coletiva para a sociedade. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1958. Acesso em: 28 de setembro de 2016

CZERESNIA D. **O Conceito de Saúde e a Diferença entre prevenção e promoção**. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009. p. 43-57.

CHIESA, A.M, 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**, v.5, n.7, pp. 42-49, 2004.

COSTA, M.B.S.; SILVA, M.I.T.; Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, n.12, pp. 272-9, 2004.

DOWBOR, TP. **O Trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo** [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 2008. 254p.

SCOREL, S. Saúde e democracia, democracia e saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 21, p. 51- 55, jun. 1988.

FAVORETO, C. A. O. CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.28, pp. 7-18. 2009.

FERRAZ, L; AERTS, DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005,v.10, n.2, pp. 347-355. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 28 de abril de 2016

FERREIRA ABH. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA EAP, FERNANDES AL. Treino em Auto-Observação e Adesão à Dieta em Adulto com Diabetes Tipo 2. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2009, 25(4):629-636. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n4/a19v25n4.pdf>.

FILGUEIRAS A S, SILVA A L A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312011000300008&lng=en&nrm=iso>.access on 23 sept. 2016.

FONTANELLA B.J.et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.1, pp. 17-27, 2008.

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].

FREITAS, C M. A **Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde**. In: CZERESNIA D.; Freitas C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 141 – 159.

FREITAS CM. **A vigilância da Saúde para a promoção da saúde**.In: In: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009. p.145-164.

GALLO E, NASCIMENTO P.C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA SF (org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, pp. 91-118, 1989..

GAZZINELLI, M.F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p 200-6, 2005.

GOMES, F.G. Conflito Social e Welfare State: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **RAP**, v.40, n.2, p. 201-36, 2006.

GUTIERREZ M et al. Perfil descritivo-situacional del sector de lapromoción y educaciónensalud: Colombia. In Aroyo HV e Cerqueira MT (eds.), 1996. **La Promoción de La Salud y la Educación para la Salud en America Latina: unAnálisisSectorial**. Editorial de la Universidad de Puerto Rico.114 pp.

HILLS M. Workshop para Professores da Promoção da Saúde. **VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Abrasco ENSP-CPHA, Rio de Janeiro. 2000.

JARDIM, TA; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**[online]., v.13, n.28, pp. 123-135, 2009. Disponível em:www.scielo.br Acesso em: 28 de abril de 2016.

LEAVELL S. CLARCK EG. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1976 apud Czeresnia D. **O Conceito de Saúde e a Diferença entre prevenção e promoção**. In: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009. p. 43-57.

LEFEVRE F. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos**. Porto Alegre: EDUCS; 2003.

LIMA, A N; SILVA, L; BOUSSO, R S. A visita domiciliáriarealizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saude soc.**[online]., v.19, n.4, pp. 889-897, 2010. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 03 de janeiro de 2016.

MACHADO JMH, PORTO MFS. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.3, pp. 121-130, 2003.

MAIO, M. C., LIMA, N.T. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**. 2009, vol.25, n. 7, PP. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700019>. Acesso em 10 de maio de 2015.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, pp. 5-13. 2004

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

MARQUES R. M., MENDES A. O financiamento e a política de saúde. **Revista USP** 51:6-15, 2001

MCQUEEN, D. Foreword. In: POLAND, B.D., GREEN, L.W., ROOTMAN, I. Definições para a promoção da saúde: ligação teoria e prática. Londres: **Sage Publications**, 2000.

MELO FILHO, D. A.; SÁ, R. F.; CHUMA, J. (Org.). **Avaliação do capital social nas áreas de atuação do projeto municípios saudáveis no nordeste do Brasil**. Recife: Bagaço, 2007.

MENDES, E. V. Origem e Consolidação da Atenção Primária à Saúde e suas Interpretações na Prática Social. In: MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. Cap. 1, p. 9-12, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MONKEN M, BARCELLOS C, PORTO MFS. **Saúde, Trabalho, Ambiente e Território: Contribuições teóricas e propostas de operacionalização**. In: Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. 1ª ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, p.161-180, 2011.

MOROSINI, M.V.; CORBO, A D ;GUIMARÃES, CC. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trab. educ. saúde** [online]., v.5, n.2 ,

pp.287-310, 2007.

NORONHA, M. G. R. C. S. et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 2, p. 497-506, mar./abr. 2009.

O'DWYER, G, TAVARES M.F.L, DE SETA M.H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-484, Dec. 2007. Disponível em . Acesso em 24 de novembro de 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. UNICEF. Atención primaria de salud. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Ginebra: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília 1986.

PAHO. Pan American Health Organization. **Health promotion: achievements and lessons learned from Ottawa to Bangkok**. Washigton, 2006.

PELICIONI MCF, PELICIONI AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo da Saúde**, v.31, n.3, pp. 320-8, 2007.

PINTO A.A.M. **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.

PORTO MFS, PIVETTA F. **Por uma Promoção da Saúde Emancipatória em Territórios Urbanos Vulneráveis**. In: **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2ª Ed. 2009, p. 145-164.

RAERBURN J, ROOTMAN I. **People-centred health promotion**. John Wiley & Sons, Toronto, ON 1998.

REIS, MAS. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, n.11, pp. 655-66, 2007.

SANTANA, J C B et al. Agente Comunitário de Saúde: percepções na estratégia da saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 14, n. 4, dez. 2009. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16377>>.

SANTOS, L. P. G. S.; FRACOLLI, L. A. O agente comunitário e saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.

44, n.1, p. 76-83, mar. 2010.

SAPAG, J.C.; KAWACHI, I. Capital social y promoción de la salud en America Latina. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 139-49, 2007.

SEABRA, D C; CARVALHO, A C D; FOSTER, A C. O Agente Comunitário de Saúde na visão da equipe mínima de saúde. **Rev. APS**, v.11, n.3, p.226-243, abril 2008. Disponível em:
<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/337/115>.

SILVA, J.A. **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.

SILVA, M. J. **Agente de saúde: agente de mudança?** A Experiência do Ceará. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC/Fundação de Pesquisa e Cultura, 1997. 120 p.

SILVA, M.M.F. **Promoção da saúde: percepção dos agentes comunitários de saúde a partir da sua formação e da sua prática.** 2009. 187 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2009.

SILVA, PFA. **Os sentidos e disputas na construção da política nacional de promoção da saúde** (dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, Rio de Janeiro; 2012. 140p.

SILVA, R M et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, pp. 635-642, 2012. Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a09.pdf>. Acesso em 29/06/2016.

SCHMIDEL, J.P.C. **Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

SANTOS, L.P.G.S.. **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.

SOUZA H.M. Programa de Saúde da Família: entrevista. **Rev. Bras. de Enferm.** Brasília, v.53, 2000.

STOTZ, E.N.; ARAÚJO, J.W.G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **SaúdeSoc**, v.3, n.2, pp. 5-19, 2004.

SUTHERLAND, R.W., FULTON, M.J.. Health Promotion. In: SUTHERLAND, W. & FULTON, M. J. (Eds.) **Health Care in Canadá.** Ottawa: CPHA, 1992. *apud* BUSS PM. **Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde.** In:

Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 19-42.

TERRIS, M.. Public health policy for the 1990s. Ann. Review of Public Health, 11:39-51, 1990 *apud* 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. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 43-57.

VIANA, A.L.D, DAL POZ, M.R.. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis., v.8, n.2, pp. 11-48, 1998.

VIEGAS, S.M.F, PENNA, C.M.M.. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **CienSaude Coletiva**, v.18, n.1, pp. 181-90, 2013.

WEIGELT, L.D. **O Sistema Único de Saúde e os profissionais da saúde de nível universitário da rede pública de Santa Cruz do Sul/RS: um estudo sobre recursos humanos no SUS através das representações sociais.** Série Conhecimento 6: Teses e Dissertações, n. 6, Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001, p. 24

WESTPHAL, M.F. **Promoção da saúde e prevenção de doenças.** In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 635-68.

ANEXO A – ARTIGO PARA SUBMISSÃO**PROMOÇÃO DA SAÚDE: AS PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CANOAS/RS,**

HEALTH PROMOTION: the practices of community health agents of the municipality of Canoas / RS

PROMOÇÃO DA SAÚDE: AS PRÁTICAS DE ACS

HEALTH PROMOTION: ACS practices

Artigo original

Átila Américo Osório¹, Ricardo Pedrozo Saldanha¹, Jáder da Cruz Cardoso¹

¹ Centro Universitário La Salle (Unilasalle) - Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano, Canoas, Brasil.

Correspondência para Átila Américo Osório: Rua Costa Lima, 108, apartamento 208, Nonoai, Porto Alegre/RS - Brasil. CEP 91720-480 - Fone (51) 992294926. E-mail: atioso@hotmail.com

Instituição: Centro Universitário La Salle (Unilasalle)

Ano da defesa: 2016

85 páginas

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade de Saúde da Família de Canoas com 11 agentes comunitários de saúde atuantes nessa unidade. Para tanto, o objetivo geral desta pesquisa é compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas de Promoção da Saúde no município de Canoas. Mais especificamente: (a) identificar em que momento, da jornada de trabalho, o ACS realiza as ações de promoção da saúde, (b) identificar o público que o ACS destina estas ações, (c) identificar as ações de promoção da saúde praticadas pelo ACS, (d) compreender a finalidade em aplicar as ações de Promoção da Saúde na visão do ACS. Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Unilasalle, protocolo nº 54201616.6.0000.5307. Os resultados apontaram que os ACS conceituam a promoção da saúde relacionando-a a ajuda, orientação, informação, bem-estar e qualidade de vida por vezes confundindo com prevenção de doenças. Já às ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos ACS, mesmo com alguns desafios a serem superados com relação à capacitação/formação foram identificadas durante a visita domiciliar, durante os grupos realizados na unidade de saúde e na escola pertencente ao território adstrito. Quanto ao público destinado, as ações de promoção da saúde contemplam os hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e demais pessoas da comunidade atendida. A orientação, informação e educação em saúde são consideradas ferramentas para aplicar as ações de promoção da saúde, com a finalidade de conscientizar, compreender e garantir a autonomia propiciando a qualidade de vida dos usuários do SUS cadastrados na USF-União. A pesquisa possibilitou compreender o trabalho do ACS na promoção da saúde, refletindo sobre as práticas existentes e possibilidades de sua ampliação. Desta forma sugere mais investigações sobre outras atribuições do ACS que visam à melhoria da qualidade de vida e suas ações efetivas às pessoas atendidas.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach carried out in a Family Health Unit of Canoas with 11 community health agents working in this unit. Therefore, the general objective of this research is to understand the perception of the Community Health Agents on their practices of Health Promotion in the municipality of Canoas. More specifically: (a) identify at what point in the work day, the ACS carries out actions to promote health, (b) identify the public that the ACS allocates these actions, (c) identify the health promotion actions practiced By the ACS, (d) understand the purpose in applying the Health Promotion actions in the view of the ACS. For the data collection, the semi-structured interview technique was used. Data were analyzed through Content Analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee of Unilasalle, protocol nº 54201616.6.0000.5307. The results pointed out that CHWs conceptualize health promotion by relating it to help, guidance, information, well-being and quality of life, sometimes confusing with disease prevention. The health promotion actions developed by the ACS, even with some challenges to be overcome in relation to the training / training, were identified during the home visit, during the groups held at the health unit and at the school belonging to the assigned territory. As for the target audience, health promotion actions include hypertensive, diabetic, pregnant, children and other people in the community served. Health orientation, information and education are considered tools to implement health promotion actions, with the purpose of raising awareness, understanding and guaranteeing autonomy, providing the quality of life of SUS users enrolled in USF-União. The research made it possible to understand the work of ACS in health promotion, reflecting on existing practices and possibilities for their expansion. In this way it suggests more investigations about other attributions of the ACS that aim at the improvement of the quality of life and its effective actions to the persons served.

Keywords: Community Health Agents, Health Promotion, Collective Health.

1. Introdução

As atividades de promoção da saúde têm como uma de suas diretrizes, desenvolver ações de educação em saúde, o que significa, portanto estar sujeito as mais diversas situações, independente de seu grau de exigência. No momento da visita domiciliar, a responsabilidade do ACS se multiplica pelo cenário que se encontra no ambiente, principalmente quando se trata de áreas de vulnerabilidade. Assim subir e descer morros e lombas, percorrer ruas e becos, entrar nas casas, informar as pessoas nas ruas e mais do que isso, lidar com as realidades nesses endereços, pode ser traduzido como expressão de responsabilidade e desafio relacionado com o trabalho. Aliado a isso, ao final da jornada diária de trabalho, o descontentamento de não ser possível resolver, com recursos disponíveis, os problemas de saúde dos usuários visitados. Nesse sentido, não são raras as situações em que os ACS encontram dificuldades de informar a população sobre os cuidados com a saúde. O ACS é visto com uma responsabilização que extrapola sua capacidade real de resolução dos problemas de saúde da população. Assim, os ACS, embora empenhados em prestar uma visita qualificada aos usuários, em muitas situações são reconhecidos como trabalhadores impossibilitados de solucionar os problemas de saúde, sendo-lhes atribuída uma carga emocional muito pesada e questionando-se sobre suas responsabilidades com o estado de saúde dos usuários atendidos e direcionando sua atenção à doença e suas dificuldades. Acredita-se que os agentes são a mola propulsora para a consolidação do Sistema Único de Saúde, a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada de assistência na estruturação dos distritos sanitários. Ser agente de saúde é ser o elo de ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde, tornando-se o mensageiro de saúde de sua comunidade. O ACS inserido na Atenção Básica apresenta como peça fundamental na criação do vínculo com a comunidade propiciando alternativas para o enfrentamento dos problemas de saúde, principalmente na modificação das condições de vida que prejudicam os potenciais de benefícios da saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), criada através da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 estabelece as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, sendo algumas delas comuns a todos os profissionais e outras específicas¹. Em relação ao ACS, esta mesma portaria define suas varias atribuições, e entre elas se destaca: o processo de estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, de acordo com o planejamento da equipe. 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 País. A finalidade da Promoção da Saúde é a 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 públicas². A potencialidade do agente comunitário de saúde (ACS) para a Promoção da Saúde na Atenção Básica é dada pela sua possibilidade de capacitar a população para o enfrentamento dos problemas de saúde³. Minha experiência profissional como ACS, desde 2012 até os dias atuais, colocou-me frente ao desafio de lidar com situações relacionadas às ações que destaque a saúde. Na minha trajetória profissional participo de ações cujo propósito é valorizar o cuidado com a saúde de diferentes maneiras, desde a informação às famílias nas visitas domiciliares, salas de espera na unidade de saúde e participando como membro organizador dos grupos: de caminhada, vida saudável, combate ao tabagismo e programa desenvolvendo saúde na escola. Estas ações

demonstram a importância do trabalho do ACS e o potencial que este profissional pode atingir. Através de ações que valorize a saúde e desperte o interesse na busca de resultados favoráveis permite conhecer e minimizar as dimensões dos problemas enfrentados na comunidade com relação à saúde e fornecer contribuições significativas para o debate sobre quais ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos ACS se revela como estratégia eficiente junto à população. A relevância científica desta pesquisa se situa no estudo específico sobre a forma como se dá a relação entre as ações de promoção da saúde realizada pelo agente comunitário de saúde no âmbito do processo de conhecimento envolvido em sua atuação. O estudo pretende apresentar contribuições para o debate sobre a qualificação dos agentes comunitários de saúde, tanto no que se refere à valorização quanto ao processo de trabalho destes profissionais no aprimoramento do processo de educação popular em saúde como metodologia para sua formação e ferramenta de trabalho aos pesquisadores que buscam compreender os processos de saúde-doença envolvidos na saúde pública. O trabalho do ACS aproxima-se através de ações que valorize a saúde e desperte o interesse na busca de resultados favoráveis e que permite conhecer e minimizar as dimensões dos problemas enfrentados na comunidade com relação à saúde e fornecer contribuições significativas para o debate sobre quais ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos ACS se revelam como estratégia eficiente junto à população. Busca-se, portanto, com esta pesquisa, responder a seguinte questão: Como o Agente Comunitário de Saúde de uma Unidade de Saúde da Família da cidade de Canoas/RS entende sobre os significados da promoção da saúde? Para responder a questão supracitada, foram estabelecidos os seguintes objetivos: (a) compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas de Promoção da Saúde, mais especificamente, (b) identificar em que momento, da jornada de trabalho, o ACS realiza as ações de promoção da saúde; (c) identificar o público para qual o ACS destina estas ações; (d) identificar as ações de promoção da saúde praticadas pelo ACS; (e) compreender a finalidade em aplicar as ações de Promoção da Saúde na visão do ACS.

2. Métodos:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de cunho qualitativo. A população do estudo compreendeu 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), todos do sexo feminino, da unidade de saúde da família (USF) União de Canoas/RS. O número de sujeitos envolvidos foi estipulado pelo critério de saturação e repetição, ferramenta esta empregada em pesquisa qualitativa em várias áreas da saúde, onde o fechamento amostral processa-se pela suspensão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar redundância e repetição^{4,5}. Os critérios de inclusão para a seleção dos ACS no estudo foram: pertencer a uma equipe; trabalhar como ACS há mais de um ano; possuir idade superior a 18 anos; ter concluído o curso introdutório de formação para agentes comunitários de saúde e; o consentimento através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão foram: profissionais em período de férias; estar em licença médica e; não assinarem o TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unilasalle (nº 54201616.6.0000.5307). A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2016 onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os ACS nas dependências da USF União de Canoas/RS seguindo um roteiro previamente construído pelo pesquisador. Este roteiro foi composto por duas partes: a primeira contendo questões fechadas sobre características sócio-demográficas dos sujeitos e; a segunda formada por questões abertas que abordaram os seguintes eixos temáticos: conceito de promoção da saúde e

ações de promoção da saúde envolvidas no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Foi utilizado um gravador em todas as entrevistas, como forma de garantir maior fidedignidade dos depoimentos. Cada entrevista teve duração em média de 45 minutos. A fim de manter o anonimato foram utilizados os seguintes pseudônimos para identificar as falas dos sujeitos de pesquisa: ACS1 até ACS11. As respostas das entrevistas foram fundamentadas na análise de conteúdo, mais especificamente nas categorias temáticas de Bardin, seguindo as três etapas cronológicas (Pré-Análise Exploração do Material; Tratamento dos Resultados; Inferência e Interpretação).⁶

3. Resultados e discussão:

Todos os entrevistados pertenciam ao gênero feminino. Quanto ao nível de escolaridade, (8) relataram possuir ensino médio completo, (2) ensino fundamental completo e (1) ensino superior completo. Quando questionadas sobre a forma de inserção no serviço público, todas apontaram o concurso público como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. Com relação ao tempo de atuação como ACS, oito desempenhavam essa função há quase cinco anos e as demais há quatro anos. Na sequência, a construção das categorias definidas como: 'significado do conceito promoção da saúde', 'ações de promoção da saúde' e 'dificuldades relacionadas à formação profissional'.

3.1 Significado do conceito promoção da saúde

Esta categoria temática discute o significado do conceito promoção da saúde pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A categoria revela o que as ACS entendem sobre promoção da saúde e qual a definição que elas dão para este termo. A análise das falas cita a definição do termo promoção da saúde relacionada à “prevenção” de doenças. Conforme as falas abaixo:

Promoção da saúde é prevenir saúde (ACS 4).

Promoção da saúde é prevenir [...] antes de ficar doente (ACS 11).

O termo 'prevenir' tem o significado de preparar; chegar antes; dispor de maneira que evite dano ou mal, ação antecipada, o que compete na prática ações de divulgação de informações científicas e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.⁷ Promover' significa dar impulso a; fomentar; originar; gerar dessa forma, promoção se define de maneira bem mais ampla que prevenção, se dirige para aumentar a saúde e o bem-estar geral.⁸ A principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está no olhar sobre o conceito de saúde. Na prevenção a saúde é vista simplesmente como ausência de doenças, enquanto na promoção a saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando desta maneira em um modelo participativo de saúde na promoção em oposição ao modelo médico de intervenção⁹. Há críticas e polêmicas quanto à distinção entre promoção e prevenção. Muitas vezes, as práticas de promoção partem do mesmo princípio científico que embasa a prevenção, cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo, e estas, raramente, se apresentam de forma explícita¹⁰. Para que a concepção da promoção da saúde avance em direção a seu conceito moderno é preciso que sustente as ações na dimensão social da saúde, envolvendo amplos aspectos relacionados com a qualidade de vida, incluindo-se estilos

de vida responsável, oportunidades de educação ao longo da vida e apoio social¹¹.

Nos depoimentos abaixo os termos ajudar, orientação, informação, bem-estar e qualidade de vida são citados para definir o conceito de promoção da saúde. Estes termos são utilizados de forma rotineira no trabalho do ACS durante as visitas aos usuários do SUS, servindo de ferramenta para uma mudança que possa impulsionar transformações nas práticas cotidianas.

É tudo que envolve saúde, é tudo que der e puder te ajudar a promover tua saúde [...] uma hora a pessoa pode *ta* bem, de uma hora pra outra pode dar um problema (ACS 1).

Promoção da saúde é a orientação e a informação [...] tua parte tu fez, não pode dar o remedinho na boca deles, não pode ir lá de noite e fazer (ACS 2).

Promoção da saúde é o bem-estar da família. Orientar, incentivar, pra ficar melhor a qualidade de vida das pessoas (ACS 4).

[...] pra mim é qualidade de vida [...] é tu viver um pouco melhor de como tu já vive [...] com questão a alimentação, na minha cabeça é isso, qualidade (ACS 3).

É importante destacar o fato de que foram expressos alguns elementos essenciais para o alcance do conceito de promoção da saúde. 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 deste processo¹². A Promoção da Saúde está associada a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros¹². As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida. Já o segundo grupo baseia-se no entendimento que a saúde é relacionada com a qualidade de vida, incluindo alimentação e nutrição, habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida toda; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde¹³.

3.2 Ações de promoção da saúde

Quando questionadas em relação às ações de promoção da saúde desenvolvidas, as Agentes Comunitárias de Saúde acreditam desenvolvê-las durante suas rotinas de trabalho. São citadas as atividades de grupos e as diferentes abordagens durante as visitas domiciliares como formas de caracterizar estas ações. As ações de promoção da saúde aplicadas na atenção básica, geralmente estão voltadas para grupos de usuários relacionados às ações programáticas como: hipertensos, diabéticos, idosos e gestantes¹⁴. Atender os hipertensos e diabéticos da micro área é considerado umas das funções

rotineiras do ACS durante a visita domiciliar. Esta rotina baseia-se, principalmente, na orientação sobre o cuidado com a saúde relacionada ao uso correto da medicação e o período adequado para a renovação do receituário. As ações de promoção da saúde auxiliam no cuidado com o uso da medicação, alinhando-se a uma perspectiva tradicional, na qual busca a adesão ao tratamento e, sobretudo, à prevenção de sintomas ou sequelas. Conforme a fala abaixo:

Com os hipertensos e diabéticos eu vejo se eles estão tomando os remédios *certinho*. (ACS 4)

No caso do diabetes e hipertensos, o ACS pode trabalhar de forma simples e objetiva, dentro da sua competência, informando sobre a importância de seguir um plano alimentar, incentivando a prática de atividade física, informando sobre uso correto das medicações receitadas pelo médico, auxiliar na interpretação se a glicose ou a pressão arterial estiverem elevadas ou controladas como também no incentivo em seguir com o tratamento estabelecido pelo médico¹⁵. Neste ponto, o diálogo com estes usuários torna-se um importante aliado no controle da doença e estabilidade na qualidade de vida. Acredita-se que o ACS seja o profissional com maior tempo e espaço para conversar, auxiliando familiares que não dispõem deste tempo diariamente, em função disto, surge o espaço propício para aplicar ações que valorize a saúde, sem torná-la restrita ao essencial.

É possível identificar também a ação de promoção da saúde direcionada às gestantes e crianças cadastradas na unidade. Conforme abaixo:

[...] as gestantes [...] a gente fala da importância da amamentação, olha se as vacinas estão em dia, quando vai ser a próxima consulta (ACS 3).

O depoimento revela que a ACS da unidade estudada busca desenvolver uma aproximação importante entre as gestantes e a unidade de saúde, oportunizando o acesso aos serviços de saúde. A atenção à mulher no período gestacional é uma importante dimensão do cuidado na organização dos serviços de saúde, sendo importante que a atuação da equipe de saúde possua qualidade, a fim de atender às necessidades de saúde desta mulher, e prevenir situações que possam favorecer a morbimortalidade materna. Para promover a saúde da gestante, o serviço deve fornecer as bases do cuidado, através do atendimento articulado, humanizado e resolutivo¹⁶.

O ACS, conforme mencionado anteriormente deve residir na própria comunidade em que trabalha para ter acesso fácil as famílias, visando identificar seus problemas rapidamente, buscando encontrar alternativas para enfrentar estas situações juntamente com o apoio da equipe de saúde da unidade em que trabalha. Por conta disso, as ações de promoção da saúde relatadas, são aquelas direcionadas através da orientação às pessoas, conforme abaixo:

Eu acho que é orientação pra eles não ficarem tanto doentes e não ter tantos problemas de saúde [...] para terem saúde (ACS 9).

É orientação e prevenção da saúde [...] orientar sobre alguma doença que o paciente tem, orientar sobre a medicação, vacinas, orientação da carteirinha de gestantes [...] Alertar *né*

(ACS 9).

A orientação bem direcionada é aquela em que o ACS primeiramente compreende o contexto em que a família ou indivíduo atendido está inserido desde o reconhecimento das características do território até a estrutura familiar pertencente, e assim, estabelecer um plano de ação que propicie as famílias entendam o que é promoção da saúde. A orientação serve também para a valorização da saúde, possibilitando a garantia de uma qualidade de vida, adquirindo verdadeiro sentido de promover saúde. Seligmann e Silva (1993) confirmam que orientar a população é considerado uma das principais funções exercidas do ACS na sua rotina de trabalho, principalmente durante a visita domiciliar. A maior contribuição do ACS se resume em orientar a população sobre higiene, alimentação, hábitos de vida e encaminhar as pessoas a atendimento especializado, quando necessário.

A educação em saúde é compreendida como processo de transformação que desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções coletivas para resolvê-los. A prática educativa, assim entendida, é parte integrante da própria ação de saúde e, como tal, deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema, em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde¹⁷. O ACS está inserido numa unidade de saúde da família (USF), em que além de oferece os serviços de atenção, cuidado e atendimento com o médico, a dentista e a enfermeira, oportuniza trabalhar ações de educação em saúde através dos chamados “grupos”. Os grupos são pessoas da comunidade que se reúnem na unidade de saúde, de forma programada, para discutirem assuntos que privilegie uma melhora das suas condições de saúde. Intitulados como: grupo formado por hipertensos e diabéticos (hiperdia), grupo formado por gestantes (grupo de gestantes) possuem como um dos membros de sua organização o ACS. Abaixo o relato das ações de promoção da saúde realizada pelo ACS aos grupos desenvolvidos na Unidade de Saúde:

[...] tem vários grupos, tem dos idosos, diabéticos, gestantes, hiperdia, esses grupos falam de vários temas de alimentação, medicação, sexualidade, muita coisa (ACS 7).

É fundamental que existam trocas entre comunidade e profissionais da saúde, por meio de grupos educativos que possibilitam circular informações, valorizar e legitimar experiências, tanto individuais quanto coletivas¹⁸. Permitindo cada vez mais, serviços que orientem ações em saúde⁹.

As diversas definições de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) representam um conceito atualmente disseminado de que as condições de vida e trabalho das pessoas estão relacionadas com sua situação de saúde¹⁹. A fala abaixo demonstra a ação de promoção da saúde realizada pela ACS focada nos determinantes sociais da saúde a partir do reconhecimento do processo saúde-doença resgatando o debate em torno de investimentos sociais que determinam mudanças no modo de viver e de ter saúde. A ação não é somente focada na pessoa e sim no contexto geral que está inserida.

Eu vou na casa da pessoa e tento ter um olhar clinico, tento observar desde a entrada, o pátio, tudo, o máximo que eu puder pegar daquela pessoa, pra ver se não tem foco de dengue, se não tem problema de muito rato, se o pátio ta limpo ou não, se tem água encanada, se eles têm luz, se tem banheiro, as condições

de higiene dentro de casa, se aquela família tem condições, se tem alimentação, se trabalham se não trabalham, se tem crianças e se estão bem cuidadas, se as casas são separadas, os quartos das crianças ou não, como é que o pai e a mãe dorme, que horas levantam, a rotina daquela casa daquela pessoa (ACS 4).

Este depoimento remete a ação de promoção da saúde em torno da determinação social da saúde (DSS), na qual as percepções da ACS possibilitam identificar as necessidades e anseios da família com relação aos recursos econômicos, sociais e de saúde. Os DSS, mais observados, são: saneamento, inclusão social, segurança, modelos de atenção à saúde, habitação, alimentação, autoestima, emprego, educação, paz, renda, stress, primeiros anos de vida, rede de suporte social, distribuição de renda²⁰.

O ACS, com o passar do tempo, em contato com a real conjuntura socioeconômica da população evidencia a pobreza e a desigualdade social. A vontade em obter resolução para essas situações crescentes, gera um desafio sobre o seu trabalho. Os depoimentos abaixo representam a busca por alternativas:

Pergunto para as pessoas se elas estudam, se fazem algum curso ou não [...] sempre tento levar algo novo que ela possa buscar, uma palestra, um cursinho [...] se informando mais, vai adquirir mais conhecimento [...] ela não vai fazer coisas erradas, não vai descartar um medicamento errado, colocar um medicamento no lixo, vai trazer o medicamento no posto, pro descarte certo (ACS 5).

[...] uma coisa que eu digo pra elas: gurias, não se resume só em filhos, é muito grande a vida, é muito mais que isso, às vezes é legal tu trabalhar, ter o teu dinheirinho, comprar alguma coisa pros teus filhos (ACS 3).

Esses achados são importantes, pois avançam em relação às ações consideradas de promoção da saúde, que se aproximam de um conceito ampliado, que inclui aspectos que extrapolam o campo da prevenção das doenças. A promoção da saúde visa à melhoria da qualidade de vida por meio de políticas públicas favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do empoderamento dos indivíduos e das comunidades²¹. O empoderamento comunitário suscita a elaboração de estratégias que procurem promover a participação visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida. Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, esta estratégia sugere que as pessoas e coletivos sejam apoiados no processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade^{22,23}. Dessa forma, as estratégias de promoção da saúde podem modificar os estilos de vida, bem como as condições sociais, econômicas e ambientais que interferem no processo saúde-doença, implicando um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde²⁴.

Outro fator importante tem relação com as ações de promoção da saúde vinculadas ao apoio matricial do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) através da intersetorialidade. Assim, reforça a importância do ACS em identificar o problema ocorrido e não adotar a postura de ser o “herói” e articular com outros profissionais da

saúde recursos que possam permitir uma melhor resolução para as demandas. Assim demonstrado abaixo:

Na minha micro área [...] se não vejo resultado nas minhas visitas falo pra enfermeira ou passo pro NASF.

A intersetorialidade é uma nova forma de governar, construir e fortalecer políticas públicas capazes de superar a fragmentação dos setores, dos saberes e das estruturas governamentais e sociais, de forma a promover efeitos mais significativos na vida da sociedade civil²⁵. Referente ao apoio matricial, esta é uma importante ferramenta de saúde que possibilita a troca de saberes de diferentes profissionais, presente na interdisciplinaridade. Este apoio é atribuído ao NASF, criado em 2008, pelo Ministério da Saúde, com vistas a apoiar as Equipes da ESF compartilhando as práticas em saúde²⁶. A principal metodologia do NASF é o matriciamento, que pode acontecer de duas formas: a primeira se dá a partir da oferta de assistência especializada ao usuário nas situações de maior complexidade, e a segunda se dá pela oferta de suporte técnico pedagógico^{26,27}.

O Programa Saúde na Escola (PSE) constituído em 2007 visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino²⁸. O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA)²⁸. O ACS inserido na ESF alcança o propósito do PSE quanto às ações de promoção da saúde representadas abaixo:

[...] na escola, faz os testes de acuidade visual [...] vai dois ACS e a enfermeira, na escola, pegamos uma turma de 1ª a 4º serie [...] é colocado aquelas letras [...] a gente vê a altura também. Depois tem um tipo de mutirão que atende esses que precisam, [...] fazem os exames ali mesmo no ônibus, o ônibus vem duas vezes por ano [...] tem crianças de um ano pro outro estão de óculos (ACS 10).

É possível perceber que a ACS atua no apoio das ações destinadas à avaliação da acuidade visual e peso corporal dos alunos. Esta ação é complementada com o apoio de outros setores da saúde coletiva, como o serviço de atendimento oftalmológico através do mutirão. O PSE proporciona espaço de discussão, possibilitando ao ACS informar os alunos sobre os serviços oferecidos na unidade de saúde bem como abordagem de assuntos pertinentes a realidade diária dos alunos, o contato com a escola, a formulação de um projeto de ações desenvolvidas em aula, palestras informativas, discussões e debates, serviços oferecidos de saúde a comunidade, todas estas informações poderão ser dadas aos alunos com o intuito de promover a saúde e estabelecendo desde cedo a importância do cuidado com a saúde e viver com saúde.

Ademais, existem ações de promoção da saúde em parceria com instituições de ensino superior na qual permite uma ampliação de vivências, onde discute sobre dilemas, dificuldades e possibilidades de resoluções de problemas enfrentados

envolvendo as famílias dos moradores cadastrados na Unidade de Saúde da Família União.

[...] a nossa equipe [...] é ligado ao PIM (Programa Infância Melhor). [...] um ACS [...] fica acompanhando o grupo, a conversa que eles têm com as mães. Lá fazem atendimento com as crianças e tem o vínculo com a Unilasalle (ACS 5).

É importante compreender que a promoção à saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico. É necessário intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promovendo a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que em conjunto possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo. Estas parcerias são caracterizadas como trabalho em rede, e o ACS contribui de forma importante nesse sentido, compartilhando os saberes de suas atribuições com outros profissionais da área da saúde para auxiliar no desfecho dos problemas envolvendo as famílias pertencentes do território adstrito. Segundo McQueen²⁹ a promoção da saúde assenta-se na discussão a partir de certos “lugares” tais como as escolas, os locais de trabalho, o domicílio, as organizações comunitárias, etc. O que se coloca em evidência é o caráter coletivo das ações de promoção da saúde que reflete o quanto os fatores organizacionais são potentes para determinar o comportamento individual e dos grupos, visto que podem ser ajustados a cada contexto específico. Estratégias envolvendo a mudança de hábitos de vida podem provocar grande melhora na saúde e na qualidade de vida da população. A orientação do ACS em informar a importância da prática de atividade física é uma dessas mudanças, isso reforça o papel deste profissional nas ações preconizadas pelo SUS que apontam para uma mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde, onde deverá haver incorporação progressiva de ações de promoção e proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

Foi possível verificar no depoimento abaixo as ações de promoção da saúde com o objetivo de incentivar à comunidade por meio de atividades físicas e práticas corporais.

Eu convido [...] pra fazer exercícios, caminhadas. É muito interessante (ACS 7).

Eu levo algum conhecimento [...] ela começa a fazer atividade física aí eu *to* vendo que o meu trabalho ta fazendo efeito, onde eu *to* promovendo a saúde daquela pessoa (ACS 4).

Naturalmente, o ser humano entende que cuidando de sua saúde a chance de prolongar sua vida é maior, assim o ACS devidamente capacitado, orientado, atualizado, torna-se fundamental no papel de “mensageiro da saúde” na qual durante suas visitas domiciliares perceberá o momento adequado de direcionar as ações promotoras de saúde. A visita domiciliar propicia a possibilidade de abordar inúmeros assuntos referentes à saúde, desde o cuidado com a medicação até o incentivo a prática de atividade física. É preciso que o ACS reflita o quanto é importante valorizar a visita domiciliar nas famílias consideradas “saudáveis” e procurar identificar os pontos

positivos que fazem desta família possuir esta autonomia e de alguma maneira encontrar um mecanismo de aproximação desta com a unidade de saúde e principalmente na participação dos grupos oferecidos, na qual servirão de apoio e incentivo aos demais participantes na busca da melhora da saúde. A representação da comunidade nas atividades propostas pela unidade de saúde reforça o entendimento da participação social como um recurso altamente positivo e produtivo quando se quer dimensionar a importância do cuidado com a saúde, desta forma, a participação social torna-se divulgadora natural dos serviços de saúde realizados na unidade. De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), fazem parte das ações das unidades básicas de atendimento, apoiar as ações de práticas corporais/atividade física da Estratégia da Saúde da Família e implantar tais iniciativas nas unidades de atendimento que ainda não possuem. Também, ofertar atividades físicas e práticas corporais como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde voltadas para indivíduos e comunidade como um todo e não somente aos grupos vulneráveis³⁰.

3.3 Dificuldades relacionadas à formação profissional

O curso introdutório para o exercício profissional dos ACS oferecido pelo MS tem como objetivo garantir conhecimento para atuar no seu cotidiano nas ações de controle ambiental, riscos e danos à saúde, de promoção à saúde e à responsabilidade no desempenho de função pública. O curso introdutório prevê carga horária mínima de 40 horas e reforça a atuação do ACS no fortalecimento do seu trabalho³¹. Porém os sujeitos da pesquisa relatam que não foram suficientemente preparados durante o curso para exercerem tais atribuições, aprendendo na prática aquilo que deveria ter sido preparado antes de exercerem efetivamente a profissão. Seguem-se as dificuldades apresentadas pelos ACS com relação ao curso introdutório:

Às vezes tu está lá, ouvindo as explicações, mas aquilo ali pra ti ta entrando de um lado e saindo pelo outro *né* (ACS 1).

Eu fiz o curso depois demorou um ano para eu ser chamada [...] então já tinha muita coisa esquecida (ACS 2).

[...] o curso é bem pra falar a verdade chato, fica o dia inteiro [...] o curso fica cansativo (ACS 9).

O curso introdutório seria mais proveitoso se fosse direcionado às questões básicas do trabalho do ACS, na qual abordasse as atribuições e conceitos utilizados pelos ACS. Com o comprometimento de dar seguimento através da busca pela formação técnica e valorizando as capacitações direcionadas exclusivamente aos ACS fortalecendo as ações práticas direcionadas à melhoria da saúde. O ACS traz consigo, ao ingressar na equipe de saúde, uma diversidade de conhecimentos populares, adquiridos nas relações com pessoas na sua comunidade. No entanto, é necessário que, além desses conhecimentos prévios, ele adquira também os conhecimentos técnicos que o diferencie do restante da população, possibilitando assim, discutir de modo apropriado com o restante da equipe, sem desconsiderar a especificidade de seu trabalho. Santana *et al.*³² evidenciou que os ACS sentem-se despreparados para exercer todas as suas atribuições, desvalorizados em relação à comunidade e a outros membros da equipe. Em suas falas, os ACS relataram que tiveram que aprender na prática aquilo que deveria ter sido

preparado antes de exercerem efetivamente a profissão.

Quando o ACS percebe que a relação do serviço com a comunidade não atinge às necessidades da população, ele é o primeiro a se culpabilizar. Percebe-se que as Agentes Comunitárias de Saúde, do presente estudo, trazem em seu trabalho a premissa de atender às diferentes necessidades dos usuários que acompanham e solucioná-las, conforme os depoimentos a seguir:

Eu não posso fazer, mas eu marco consultas antes do meu trabalho, às 07 horas ligo do meu celular pro tele agendamento, eu ligo para aquelas que têm preguiça de ligar, aí eu falo: deixa que eu ligo. Faço isso porque eu sei que eles não vão ligar. Eu prefiro não me dispor com a família e marco. Azar, não me tira pedaço [...]. Eu faço porque acho que é boa vontade. Outra coisa que eu faço eventualmente é levar medicação (ACS 6).

[...] eles ficam cansados de ligar, tem o tele-agendamento daí eles não conseguem agendar, a gente não pode *né*, mas a gente faz isso, eu sou uma, eu ligo na frente deles entendeu, aí eu sei que vão retornar, aí quando retornam na hora já marco na hora já entrego e aí eles ficam muito felizes (ACS 9).

Conforme estudo de Filgueiras e Silva³³, destaca-se que trabalhar em um lugar onde se conhecem muitas pessoas pode ser ruim, pois a cobrança pode ser maior, os encontros são mais frequentes e, muitas vezes, os usuários são vizinhos dos ACS criando uma relação muito próxima com os usuários, que passam a considerar um dever do profissional desempenhar tal função. Nesta situação é possível que o ACS adote o papel de “super-herói” e confunda sua atuação como caridade, ajudar o próximo, fazer o bem, ocasionando um distanciamento de suas atribuições e impedindo a autonomia e comprometimento com a saúde dos pacientes envolvidos.

Porém, há também a valorização das capacitações oferecidas na USF-União aos ACS. Estas capacitações permitem refletir sobre o quanto é importante determinar a função do curso introdutório como primeira etapa da formação do ACS e o seguimento da formação do ACS através das capacitações durante a rotina de trabalho propiciando a valorização da prática do dia a dia e a garantia da experiência e domínio da profissão.

Olha, eu fui aprender a ser ACS mesmo, trabalhando, e tendo cursos de capacitação [...] o cuidado com os idosos, desde o arrumar a cama, trocas, escaras, feridas, banho, escovação, cuidado, tudo sobre os idosos. Muito interessante (ACS 1)

Os cursos de capacitação [...] são os melhores aliados, numa capacitação vai ter uma solução pro teu problema (ACS 7).

Eu acho que as capacitações são as que mais assim ajudam [...] a gente teve orientação de quase tudo [...] como lidar com as carteirinhas com idoso, as crianças com as doenças [...] doenças, por exemplo, tuberculose (ACS 10).

A educação que estas profissionais de saúde recebem parece se caracterizar como pontual, oferecida quase sempre por técnicos da própria Secretaria de Saúde de

Canoas/RS. Estas capacitações, ocorridas aleatoriamente durante o ano, adotam uma concepção pedagógica, baseada no repasse de informações e na problematização dos conteúdos. As próprias ACS relatam a importância dos conteúdos e o método utilizado nestes encontros. Bornstein e Stotz³⁴ defendem a necessidade de utilizar métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante e, se possível, incluindo novas tecnologias. Mas esta necessidade vem subsidiária da necessidade de se discutir concepções educativas, os métodos são sempre bem-vindos como caminhos para se chegar ao conhecimento, mas eles, por si só, não são garantia de mudança. É preciso que ocorra uma mediação do professor e verificar o que este entende por processo educativo, pois a tecnologia não é o próprio processo educativo. É importante ressaltar as ações que possibilitem o ACS adquirir uma identidade como um trabalho fundamentado, que utilize da sua vivência comunitária e técnica para se distanciar do perfil de faz tudo ou considerado como um recurso de baixo custo para expansão de cobertura dos serviços de saúde da atenção primária³⁵.

4. Considerações Finais

A realidade com a qual me deparei no decorrer deste estudo, me tocou ao identificar que as ACS, compreendem suas atribuições e principalmente identificam as ações de promoção da saúde no cotidiano do trabalho. Seja de forma ampliada ou de forma restrita, as ACS definem o conceito de promoção da saúde conforme a visão que cada uma percebe. Para tanto entendo como fundamental que todas as ACS desenvolvem seu fazer diário com propriedade, conhecem a realidade das suas microáreas e a estrutura da rede do SUS que estão inseridas. Assim, ao conhecer as fragilidades, as potencialidades, o reconhecimento das características do território possibilita uma melhor estratégia de atuação, mais humanizada, acolhedora e que preste a assistência adequada ao usuário. Foi possível concluir que as ACS conceituam a promoção da saúde relacionando-a a ajuda, orientação, informação, bem-estar e qualidade de vida por vezes confundindo com prevenção de doenças. Com relação às ações de promoção da saúde desenvolvidas pelas ACS, mesmo com alguns desafios a serem superados com relação à capacitação/formação foram identificadas durante a visita domiciliar, durante os grupos realizados na unidade de saúde e na escola pertencente ao território adstrito. Quanto ao público destinado, as ações de promoção da saúde contemplam os hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e demais pessoas da comunidade atendida. A orientação, informação e educação em saúde são consideradas ferramentas para aplicação das ações de promoção da saúde, com a finalidade de conscientizar, compreender e garantir através da autonomia a qualidade de vida dos usuários do SUS cadastrados na USF-União. Portanto, a pesquisa possibilitou compreender o trabalho do ACS na promoção da saúde, refletindo sobre as práticas existentes e possibilidades de sua ampliação. Desta forma sugerem-se mais investigações sobre outras atribuições do ACS que visam à melhoria da qualidade de vida e suas ações efetivas às pessoas atendidas.

Referências

1. 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.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília; 2007.
 3. 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**, 5(7) 42-49, 2004.
 4. Fontanella BJ et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, 24(1):17-27, 2008.
 5. Lefevre F. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos**. Porto Alegre: EDUCS; 2003.
 6. Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
 7. Leavell S, Clarck EG. Medicina Preventiva. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1976 apud Czeresnia D. **O Conceito de Saúde e a Diferença entre prevenção e promoção**. In: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009. p. 43-57.
 8. Terris M. Public health policy for the 1990s. *Ann. Review of Public Health*, 11:39-51, 1990 apud 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**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 43-57.
 9. Freitas CM. **A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde**. In: CZERESNIA D.; Freitas C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 141 – 159.
 10. Czeresnia D. **O Conceito de Saúde e a Diferença entre prevenção e promoção**. In: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009. p. 43-57.
 11. Buss PM. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: D. Czeresnia & C. M. Freitas (Eds.), **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências** (pp.15-38). Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.
 12. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília 1986.
 13. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: (5)1, 2000.

14. Reis MAS. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, n.11, pp. 655-66, 2007.
15. Ferreira EAP, Fernandes AL. Treino em Auto-Observação e Adesão à Dieta em Adulto com Diabetes Tipo 2. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2009, 25(4):629-636. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n4/a19v25n4.pdf>
16. Silva RM et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3): 635-642, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a09.pdf>. Acesso em 29/06/2016.
17. Gazzinelli MF et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, 21(1):200-6, 2005.
18. Favoreto CAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 13(28):7-18. 2009.
19. Buss PM, Pellegrini F. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [Internet]. 2007 [2016 jun 30]; v.17, n.1, pp.77-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
20. Dowbor TP. **O Trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo** [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 2008. 254p.
21. Silva MMF. **Promoção da saúde: percepção dos agentes comunitários de saúde a partir da sua formação e da sua prática**. 2009. 187 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2009.
22. Raeburn J, Rootman I. **People-centred health promotion**. John Wiley & Sons, Toronto, ON 1998.
23. Hills M. Workshop para Professores da Promoção da Saúde. **VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Abrasco ENSP-CPHA, Rio de Janeiro. 2000.
24. Noronha MGRCS et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2): 497-506, mar./abr. 2009.
25. Melo Filho DA, Sá RF, Chuma J. (Org.). **Avaliação do capital social nas áreas de atuação do projeto municípios saudáveis no nordeste do Brasil**. Recife: Bagaço, 2007.
26. Brasil, Ministério da Saúde. **Portaria n nº 154 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de apoio à Saúde da Família- NASF. Brasília:2008.
27. Campos GW, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407; 2007.

28. Brasil. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 05 de fevereiro de 2016.
29. Mcqueen D. Foreword. In: POLAND, B.D., GREEN, L.W., ROOTMAN, I. Definições para a promoção da saúde: ligação teoria e prática. Londres: **Sage Publications**, 2000.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – (Série B). **Textos Básicos de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde**, 2006b. 60 p.
31. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 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.
32. Santana JCB et al. Agente Comunitário de Saúde: percepções na estratégia da saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], 14(4), dez. 2009. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16377>>.
33. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro , 21(3): 899-916, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300008&lng=en&nrm=iso>.access on 23 sept. 2016.
34. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p.259-268. 2008. Disponível em: www.scielo.br Acesso em 07 de setembro de 2016.
35. Santos LPGS, Fraccolli LA. O agente comunitário e saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 44(1): 76-83, mar. 2010.

ANEXO B – Características Sócio-Demográficas

Dados sócio-demográficos

1. Idade:
2. Sexo:
3. Escolaridade/Grau de instrução:
4. Quanto tempo reside na área de cobertura da USF União
5. Quanto tempo atua como ACS na USF União:
6. Já trabalhou na área da saúde antes de ser ACS? Cite a profissão:

ANEXO C – Questões Norteadoras para o Roteiro de Entrevistas

1. O que te levou a ser ACS?
2. O que é ser ACS para você?
3. Tu fizeste o curso introdutório para ACS? Como foi?
4. Pra ti, quais são as atribuições do ACS?
5. Como é a tua rotina de trabalho?
6. O que tu entendes sobre promoção da saúde?

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O presente termo tem por objetivo autorizar a participação de _____, na pesquisa "PROMOÇÃO DA SAÚDE: AS PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE", que será desenvolvida com Agentes Comunitários de Saúde de uma Unidade de Saúde da Família do município de Canoas – RS por meio de entrevistas individuais semiestruturadas em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico. Estas informações estão sendo fornecidas na forma de participação voluntária neste estudo que visa relacionar a atuação do Agente Comunitário de Saúde na prática de ações de promoção da saúde. O estudo se justifica tendo em vista que os Agentes Comunitários de Saúde são profissionais inseridos no Sistema Único de Saúde e conhecem as necessidades de saúde e as possibilidades para melhorar as condições de vida da população atendida como também a organização das comunidades e prática regionalizada e hierarquizada de assistência.

Esta pesquisa está sob a coordenação do pesquisador Átila Américo Osório do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle de Canoas, orientado pelo Prof. Dr. Ricardo Pedrozo Saldanha.

Em qualquer etapa do estudo, o participante terá acesso ao pesquisador para esclarecimento de eventuais dúvidas. Contato: Átila Américo Osório, telefone: (51) 992264926, endereço eletrônico: atioso@hotmail.com.

É garantida ao participante da pesquisa a liberdade da retirada de consentimento e o abandono do estudo a qualquer momento, bem como a garantia do sigilo dos seus dados de identificação de forma que se assegure a sua privacidade e o seu anonimato. Fica assegurado, também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais e finais da pesquisa, assim que esses sejam conseguidos pelo pesquisador. **A pesquisa não oferece riscos**, uma vez que se trata de livre adesão para participar das sessões no qual não são colocadas questões que possam vir a constranger de alguma maneira ao participante. Para tanto, os participantes não serão identificados em nenhum momento da pesquisa; os resultados individuais de cada participante só estarão acessíveis ao pesquisador e ao próprio participante, caso este solicite acesso aos seus dados. Os **benefícios** estão relacionados na compreensão das práticas do ACS a fim de elucidar as ações de promoção da saúde, criando subsídios para construção da autonomia, oportunidades de escolhas para promover qualidade de vida à comunidade atendida.

As gravações de áudio ficarão sob a guarda do pesquisador enquanto a pesquisa se desenvolve, seus dados serão analisados e mantidos sob guarda do pesquisador por período de 5 anos após o encerramento da pesquisa. Terminado este período todos os dados serão eliminados.

Os resultados da pesquisa serão utilizados para elaborar cartilha, pôsteres e palestras para os Agentes Comunitários de Saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde que participarem da pesquisa não serão identificados na apresentação destes resultados.

Não há despesas pessoais para o colaborador em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo Coordenador da pesquisa. O local da realização pesquisa será na Unidade de Saúde da Família União de Canoas.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi aprovado e carimbado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário La Salle sob n° _____. Para quaisquer outros esclarecimentos, contatar pelos telefones: (51) 3476 8452 e endereço eletrônico: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br.

Pelo presente documento, eu, _____, brasileiro (a), Carteira de Identidade: _____, CPF: _____, Endereço: _____,

depois de conhecer e entender os objetivos da pesquisa, através do presente termo, declaro concordar em participar do estudo.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Coordenador da Pesquisa

Assinatura do responsável

ANEXO E – Número de Protocolo do Pedido de Liberação para a Pesquisa



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA CANOAS
RUA 15 DE JANEIRO, 11 CENTRO CEP:92010-290

Número do Processo: 0.081.752 / 2015-1
Data de Protocolo: 04/11/2015
Assunto: CONSELHO MUNICIPAL
Sub Assunto: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Interessado: ÁTILA AMÉRICO OSÓRIO
CPF: 93133251015

Usuário: KETLLYN.SOARES Tipo: ESTAGIÁRIO Data: 04/11/2015 - 16:11:35 IP: 172.16.8.2



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA CANOAS
RUA 15 DE JANEIRO, 11 CENTRO CEP:92010-290

Número do Processo: 0.081.752 / 2015-1
Data de Protocolo: 04/11/2015
Assunto: CONSELHO MUNICIPAL
Sub Assunto: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Interessado: ÁTILA AMÉRICO OSÓRIO
CPF: 93133251015

Usuário: KETLLYN.SOARES Tipo: ESTAGIÁRIO Data: 04/11/2015 - 16:11:35 IP: 172.16.8.2

Central de Cidadão 08005101234
9 Piranga 120

Saúde 34257640

Rua Doutor Borcher 1600

ANEXO F – Termo de Aprovação para o Projeto de Pesquisa**TERMO DE APROVAÇÃO PARA PROJETO DE PESQUISA**

A Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Canoas, através do NUMESC – Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva vem por este termo, manifestar **APROVAÇÃO** para realização de pesquisa, para obtenção de título de MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO, de ÁTILA AMÉRICO OSÓRIO, mestrando da UNILASALLE, sob o título:

“PROMOÇÃO DA SAÚDE: AS PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE”

Estamos cientes de que, para execução, serão utilizadas as dependências da UBS União e o mestrando não interferirá no fluxo normal do serviço, também serão aplicados questionários previamente apresentados e aprovados por esta Comissão.

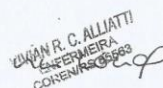
A coleta de dados só terá início após a aprovação do Comitê de Ética conforme diretrizes e normas da Resolução CNS nº 466/12.

Canoas, 24 de novembro de 2015.


Gabriel Schafarowski
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CANOAS
Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
NUMESC

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CANOAS
Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
NUMESC


Elaine M.C.S. Moreira Kayser
Psicóloga - CRP 04225/07


Lúcia R. C. ALLATTI
ENFERMEIRA
CONTRIBUIÇÃO

ANEXO G - Transcrição da entrevista do ACS 3

Identificação: ACS 3

Data: 10/05/2016

Local: USF União – Canoas

Idade: 33 anos

Sexo: Feminino

Grau de instrução/escolaridade: técnico de enfermagem.

Quanto tempo tu resides na área de cobertura da USF União? 25 anos.

Quanto tempo tu atuas como ACS na USF União? 5 anos.

Tu já trabalhaste na área da saúde antes de ser ACS? Qual era a tua profissão antes de ser ACS? Nunca. Antes de ser ACS eu trabalhei por 7 anos como auxiliar administrativo, num escritório de administração e prestação de contas. De lá eu tinha o desejo de trabalhar como ACS, como eu conhecia umas pessoas que eram, só que não tinha concurso, não tinha nada e eu continuei trabalhando por um tempo lá e um certo dia eu olhei o edital e alguém me falou também, que tinha aberto as inscrições eu fiz a inscrição, fiz o impresso do edital e o que precisava pra estudar e tudo e comecei ir lendo no trem mesmo, tipo bem normal e no dia da prova perdi o papelzinho que eu achava que era muito importante e não era né, era o papel da inscrição e precisava só do documento de identidade, fiz a prova passei e logo após assim tipo dali uns três meses eu fiz acordo onde eu trabalhava e fiquei aguardando mas daí demorou mais um pouco pra ser chamada, eu saí em setembro e eles me chamaram em julho e vai fazer 5 anos que sou ACS agora em julho.

1) O que te levou a ser ACS?

Eu tinha uma tia minha que era ACS aqui mesmo na ubi, aqui nesta ubi, ela era ACS que ainda eles eram terceirizados e uma prima minha aqui também na unidade. Até quando nós entramos que ainda tem mais parentes aqui né, na unidade, tem uma prima minha uma irmã minha que também passaram no concurso, a minha tia saiu hoje ela é conselheira tutelar e a minha prima ficou até os últimos dias de estudo do técnico de enfermagem, depois que ela finalizou ela saiu também, hoje ela trabalha num hospital. Eu queria muito assim pela questão de trabalhar próximo de casa de poder ter aquele olhar com o meu filho, tá com 13 anos, e daí tu conciliar trabalho casa e de tu ter um tempo pra estudar também né, tu trabalhando numa empresa privada tu não consegue ter esse acesso porque aqui mal ou bem a gente tem uma certa liberdade com algumas coisas que são mais acessíveis né. Então daí eu via elas trabalhando, a minha tia era ACS da minha casa e ela fazia as visitas e tal e eu achava legal aquilo ali, acho que deve ser legal tem um salário bom, a qualidade de vida também um pouco melhor por mais que tu vá nas casas que tu faça as visitas, que tu às vezes te empenha em alguns casos tu não tem retorno nenhum, mas tu tentou mas mesmo assim a qualidade de vida pra mim assim, porque tu tá num trabalho fechado e tu tem uma pessoa em cima te cobrando sempre e tu não ter erro, era bem mais complicado. Então quando

tiver o concurso eu vou querer, até o dia que eu passei e que eu saí do escritório todo mundo disse tu é louca sair daqui ar condicionado, pegar poeira e ir na casa de gente pobre. Eu sou pobre eu sou da vila, eu acho que eu me identifico um pouco também de ajudar o próximo e eu disse e daí todo mundo disse ah é legal, mas ninguém tipo valorizou aquilo ali, naquele momento eu disse eu quero sair daqui e vou e passou e também fazendo vd vi a necessidade do técnico que eu fiz também agora concluí em fevereiro e também agora vou fazer o meu coren e vou procurar emprego na outra área da saúde. Mas tudo começou como ACS.

2) O que é ser ACS pra ti.

Ser agente ACS é o elo da comunidade e a ubs, o elo é muito forte, mas eu também acho assim que ser o agente pelo menos na minha área às vezes a gente se torna uma família algo muito forte, que às vezes a gente ahhh , porque tudo pra gente eles perguntam , querem saber, os pacientes, eles se tornam dependentes né, até a questão de cor do remédio, se eles vieram aqui e mudou a cor do captopril eles não tomam, ou eles vão lá na porta de casa e perguntar então mudou a cor e não é mais a mesma, tá escrito ali, a fórmula é a mesma, mudou somente a cor, não, mas eu tomei e não me senti bem, é a mesma coisa, então eu digo que é além do vínculo com o posto, muitas coisas eles dizem e falam não bota no teu caderninho, porque eles querem falar só pra gente né, então é assim, é além da ubs, é um vínculo além. Só sei que eles dependem muito, até dia de pagamento, que dia é hoje? Dá pra ver se é o dia do meu pagamento, não senhora, eu não posso ficar vendo isso daí, a senhora tem que pedir pra uma neta, não, olha tu, olha tu, tá o dia é tal, ah então tenho que pegar o dinheiro dia tal. É bem mais que o posto é mais humano assim, ler uma receita e às vezes nem eu sei o porquê daquele remédio, mas digo que é isso, isso, e digo que tem que tomar, eu gosto muito dessa ligação, às vezes eu chego assim e eles falam mal do posto que é isso aquilo e aquilo outro, só que tá, é o que a gente tem, eu tento amenizar um pouco, mas eles dizem que tu não tem nada ver com isso né Marjo, não é que eu não tenho nada a ver, eu tenho a ver, eu faço parte do meu núcleo né, só que não tem o que fazer né, não é a enfermeira, não é o médico, às vezes não são eles, a gente tenta né.

Como relação ao vínculo, é bem forte só que tem pessoas que precisam realmente de ti, do teu trabalho, da tua visita, necessitam da tua ajuda, mas também tem muitas pessoas que tentam tirar vantagem do ACS né, e daí te tratam bem aquele mês, porque tu conseguiu uma coisinha, e daí naquele outro mês que não precisa de ti aí agora eu não posso te atender, oscila assim o vínculo, porque tem pessoas assim que tu chega lá e falam entra aqui tomam uma água no verão, vem pra sombrinha, tem pessoas que veem chamar tá vendo tu caminhar e se fazem, tem dia que eles tiram todos pra te incomodar, ah porque nada tá bom, e daí eu passo daqui uma semana e dali duas semanas daí eles bah porque tu não veio aqui, sentem falta né. Mas eu acho bem forte o vínculo né entre eu e eles pra chegar o ponto do filho vim me perguntar o que eu faço com ele que ele tá doente, o que eu faço com o meu pai, eu não tenho que cuidar quem tem que cuidar são vocês, é a família e não a ubs, porque eles começam a confundir, a gente lá organizar uma medicação, de conversar um pouquinho, e não ter responsabilidade com a família, aí ele chegou lá em casa depois de 22 horas da noite e perguntou o que eu faço? Ué,

vocês que tem que saber. Eu acho que eles fazem isso por a gente dar uma atenção maior, por talvez a gente conversar mais com o familiar, porque muitas vezes nem eles sabem o que tá acontecendo com o familiar e nós sabemos, e pela confiança que a família tem, eu acho que a família em si é muito desestruturada, tem filhos que sabem ler que estão no segundo grau terceiro grau mas eles não dão atenção pra mãe e pro pai, porque eu acho que eles não tem nem vínculo, porque às vezes o pai vem sozinho pras consultas, eu acho uma falta de respeito com o pai e a mãe, é uma questão de educação, acho falta de educação, falta de principio, o que é o pai e a mãe, tu não tando trabalhando tu só estudando e poder trazer teu pai ou tua mãe numa consulta e tu não trazer eu acho uma falta de respeito com eles, uma falta de estrutura familiar, o pai e a mãe falam que vão fazer caras, ou que vão esperar muito tempo sentados, e não querem vir. Eu digo se tu não fizer isso pro teu pai ou pra tua mãe vão fazer pra quem? Isso é bem complicado, pelo menos lá onde eu moro, na minha micro área acontece muito.

Eu trabalho na mesma micro área minha, eu tenho famílias, eu tenho 137 famílias, tava na base de 740 pessoas, famílias muito grandes, mães com muitos filhos, a mãe às vezes saem sozinhas, tem que deixar bilhetinho, os filhos só querem rua, mas a gente orienta a mãe assim, olha tem que levar no médico, toma anticoncepcional, dali um tempo sempre aparece uma grávida. A minha micro área tem poucos idosos, 33 idosos, tem muita criança, muita criança que passa necessidades, que às vezes ganham o lanchinho do cras, ganha o bolsa família e vivem disso, com isso, bastante família vive assim, bastante família beneficiada pelo bolsa família, bastante, e eles tem muito medo de assinar a carteira eu perco o bolsa família, eles vivem nessa miséria às vezes, dependendo daquele valor x que entra lá, 400 500 reais e muito. Eles acham que trabalhando não vão ganhar isso, e às vezes dá até uma indignação porque hoje meu filho não tem nada pra comer, tá, mas vocês não vão fazer nada, ninguém vai trabalhar, eles dependem muito dessa questão do bolsa família, o cras vai conseguir um lanchinho, eles vivem muito nessa miseriazinha, ah hoje só tem arroz e feijão, umas mulheres fortes, fazer faxina, varrer rua, qualquer coisa, mas não elas vivem esperando aquilo, eu acho que muitos grupos incentivam essas coisas do tipo o PIM, eu tenho pavor desse PIM, e eu tenho que ir uma vez por mês, mas eu acho que incentiva muito a mulher a ter mais filhos, eu já disse pra minha enfermeira, eles têm que trabalhar a prevenção, da mulher já que elas estão ali, mulher que tem 10 filhos mulheres que tem 8 filhos, no PIM, eu acho que eles incentivam, na minha cabeça eu acho que vem uma verba muito grande, que seja uma verba pro PIM e tem que montar uma coisa, só que não tem uma educação sabe, assim continua, vai lá abrange qualquer assunto, mãe que não sei o que, e terminou o PIM, só que tinha que ser alem, dão comida, e ai vem a fulana que ta sem fralda e daí dão um pacotinho de fralda descartável, mas assim todas as vezes que eu vou, e já faz algum tempo. Nós vamos porque nós fizemos uma capacitação, que o ACS era importante para convidar as mães a irem, a gente convida, realmente tem mães que vão, e é num lugar na associação onde se reúnem La. Só que eles não orientam as mulheres, e chegam La fedendo, tem que falar, da necessidade da higienização, eu fui terça feira passada e fiquei do lado de uma senhora e quase vomitei e não vejo nada assim que agrega aquelas mulheres, elas ficam sentadas e daqui a pouco esta prestes a acabar e se levantam e ficam tudo em volta deles, pra ganhar os benefícios, e daí ganha

uma fralda um quilo de arroz, esses dias eu estava lá ajudando a entregar e vi dando um arroz vencido, e até falei pra ele que tava vencido, e ela ah mas e só alguns dias.

Hipertensos e diabéticos tem poucos, eu acho que e mais ou menos assim, eu identifico com bastante crianças, com muitas mães desempregadas jovens ainda, tem esse pessoal de risco, tem alguma coisa de droga dito também, filhos, tem mães assim que falam que os filhos estão usando assim, não sei que, mas e bem pouco também, mas eu acho que e uma micro bem tranquila até, tem alguma coisa de acamados também 5,

3) Tu fizeste o curso introdutório para ACS? Como foi?

Fiz. Foi de uma semana, eu não me recordo muito, foi lá na escola acadêmica, teve alguns colegas enfermeiros que falavam pouco sobre algumas doenças, tipo o curso era das 08 as 17, com horário de almoço, na parte da manhã uma enfermeira x falava de alguma doença, eles falavam também de como ia ser né, quando chegássemos à comunidade e como e que ia ser o trabalho, uma pincelada do como ia ser e foi mais ou menos isso assim. De um curso de uma semana. Que eu me recordo foi pouco assim, eu quando comecei como ACS por mais que eu morasse na comunidade do posto, eu não sabia o nome das ruas, como o tempo a gente foi fazendo o mapa, mapeamento da minha área, era descoberta, a minha tia saiu e ficou descoberta, e aí a gente começou do zero, cadastro, mapeamento, com ajuda das nossas colegas de equipe batíamos em porta em porta pra saber quantas pessoas tinham no total e depois batemos casa por casa fazendo cadastro e fizemos o mapa tudo na mão, e lá no curso assim, hoje eu posso dizer que não me lembro deles terem falado como e que era, mas depois que a gente entrou aqui a gente foi fazendo a enfermeira começou a explicar, hoje será o dia que vocês vão sair e trazer o total de pessoas, de cada casa.

Depois que eu passei no concurso, demorou aqueles meses que eu havia te contado, eu fui trabalhar, eu fiz o curso introdutório depois que eu fui largar os exames, depois que a gente largou tudo na prefeitura, e daí tava apta aí sim, eles marcaram o dia pra fazer o curso introdutório, daí fizemos o introdutório e depois demorou mais um pouquinho, mais um mês eu acho, eles chamaram em maio, em junho fizemos o introdutório e eu entrei em julho.

Aí cheguei aqui e vai pra rua, com outra colega que não sabia nada, enfermeira dizia assim hoje vocês vão fazer isso, e daí nos íamos assim, eu ao menos não sabia o que eu estava fazendo, tipo façam o mapa, ai tipo a gente meio que se localizava assim, contava as casinhas do lado direito do lado esquerdo, e aí essa e a rua tal puxa uma linha, e assim a gente foi indo, a gente começou do nada, a gente não ficou depois quando outros colegas entraram de ficar aqui dentro, no administrativo, como era que funcionava, eu me recordo há cinco anos, falavam assim vão pra rua e façam isso e isso e isso e gente ia pra Rua com uma colega mais antiga que já tinha uma noção boa, e elas nos ensinavam, até hoje falam assim ah porque tem que acompanhar a fulana, não acompanharam a gente e porque que a gente tem que acompanhar as outras. Se virei, porque a gente foi assim sabe, depois a gente foi aprendendo, a gente marcava exames, pegava outros pacientes, quando não tinha o tele agendamento, esse novo, a gente levava o exame pro paciente, com o dia da consulta marcada, e chegava os exames aqui e a gente

entregava pros pacientes também nas residências. Antes a gente marcava as consultas porque a gente queria ajudar, hoje já é uma complicação porque se tu perde um exame desses, e um documento, e quem se rala é tu. Depois com o tempo foi se informatizando foi melhorando e a gente começou a se queixar, porque muitos vinham se queixar de exames dizendo que tá na mão do fulano, ou às vezes nem tava na nossa mão e falava que eles disseram que tava contigo, e daí ficava naquela função. Agora vem só as marcações pra cá, agora eles ligam, informando o paciente que eles têm que vir aqui na UBS, pegar a requisição de algum exame.

Eu acho bem importante os cursos de capacitação, quando a gente tava pela prefeitura não acontecia, cursos de capacitação, o ACS vinha de casa pro posto e do posto pra casa, e não tinha essa valorização de cursos, a gente perguntava pra enfermeira mas não tinha né, agora com a fundação essa parte melhorou bastante, porque tem bastante capacitação, tem bastante curso, às vezes do nada tem capacitação na fundação horário tal, capacitação x, melhorou bastante essa questão de capacitação. Tem capacitação às vezes de uma semana, lá na UBS. Ajuda na aplicação da tua rotina, às vezes sim eu acho que às vezes é "enchimento" de "mucila", às vezes é, tipo às vezes eles fazem capacitação e convidam os médicos e toda ela é direcionada pros médicos. Nesses tempos teve capacitação de parto, tá bem nos somos ACS, podemos auxiliar ali na hora, mas se chega um caso de parto na UBS, o ACS é o menos favorecido. Tem técnico, enfermeiro, e foi uma manhã assim, os médicos estavam lá, lógico que acrescenta, mas se tem uma situação de parto na micro, nós nem pudemos. Acho que os cursos deveriam ser mais direcionados, e às vezes eles colocam pra técnico e enfermeiro e era mais direcionado pra nós mas não tem que estar todo mundo lá, um número x pra assinar a planilha.

Eu acho que tu aprende mais é no dia a dia, ali tu e o paciente, e depois a enfermeira tirando tuas dúvidas lá na UBS, acho que ali eles falam muita coisa em pouco tempo, muita coisa pincelada, lógico que algumas coisas tu vai guardar, mas eu acho que é muita coisinha em pouco tempo.

4) Quais as atribuições do ACS.

Pra mim há é manter o cadastro sempre atualizado, de todas as pessoas, de hipertensos gestantes de crianças, ter tudo isso em mãos, fazer a visita domiciliar sempre orientando a prevenção, fazer Ves3 – carteirinha do idoso a cada 6 meses, são atribuições que não são difíceis, nada demais, é só tu manter, no meu ponto de vista, é o que eu faço, quantidade de idosos, hipertensos, gestantes quantas tem na área, quantas começou o primeiro trimestre, são coisas que o ACS tem que saber de primeira eu acho, que é uma das cobranças, quantos tem não sei o que, quantas gestantes? No primeiro trimestre quantas crianças de 1 mês nasceu, ter isso tudo em mãos, é fazer a visita domiciliar, orientando e conversando com as famílias, eu a princípio acho que é mais ou menos isso. Uma coisa que eu não posso e de grupos, eu não gosto de grupo, é uma das atribuições fazer grupo estar no grupo mas é uma das coisas que eu faço com a vontade, eu não gosto. Se tiver que estar eu estou sempre, com a minha cara de paisagem, ajudo mas é uma das minhas atribuições que eu não gosto. coisas que o agente deve saber de cara sobre

quantas gestantes, crianças que nasceram e as visitas domiciliares, tem os grupos, mas eu não gosto, não sei por que, mas eu não gosto, mas se precisar eu to com a minha cara de paisagem. Mas a gente acaba fazendo mais coisas que as nossas atribuições, ah vai leva uma receita pra trocar e isso é coisa do paciente, que deve ser de um familiar, às vezes é um idoso consegue um encaixe, uma mãe lá nasceu com o bebê e não fez o registro com carteirinha não fez nada, o que pode fazer, vamos ver lá com a assistente social pra ver, porque já fui há tantos dias e a criança continua lá sem consulta. Fazendo essas coisinhas, mas eu acho que a atribuição do agente é isso.

E as atribuições que tu exerce: tenho que digitar a produção. É muito importante porque cada micro área faz as atribuições e nós sabemos quantas pessoas hipertensas tem, somando o total da minha equipe, a nossa equipe treze tem tantos x de hipertensos, tem tantos x de gestantes, isso que a gente precisa pra poder tá organizando, administrando o que a gente tem na nossa área, eu acho importante pra gente saber né, quanto tem é questão de valores, quantas mulheres grávidas tem, a gente precisa fazer um grupo de orientação, a prevenção, temos tanto hipertensos que tipo, que estão muito hipertensos então a gente pode fazer grupos pra gente trabalhar em cima do que a gente tem pra isso a gente precisa saber quantos a gente tem, tantas crianças desnutridas por exemplo, a gente precisa fazer um trabalho em cima daquilo. Fazer grupos, orientar levar alguém ou até mesmo nos ACS, a gente também é capacitados, nos também podemos fazer grupos. Grupos pra mim, a gente arruma um local e levar essas pessoas que precisam de alguma orientação ela tentar instigar mais sobre aquela necessidade, a necessidade de orientação, de conversar mesmo, com a comunidade, porque às vezes passa despercebidos, ah eu não sabia, ah eu não sei, ai às vezes tá acontecendo de um jeito e tem que chegar alguém e dizer tá errado, o que pode ser abordados nos grupos é a questão da gravidez, elas ficam grávidas sem parar e acham normal ter 1 2 3 4 5 filhos, e deveria ser enfatizado deveria orientar e a prevenção, a gente sabe que eles tem o livre arbítrio de ter quantos filhos eles quiserem mas às vezes não é o momento propício, de ficar reafirmando, a não vou tomar injeção porque engorda, a pessoa já é gorda então, tu prefere ficar sem se prevenir, eu fui na casa de uma paciente, ela já tem três filhas pequenas, e tem 30 anos e eu tu esta usando o que fulana, já tem uma certa liberdade com algumas gurias, ta usando preservativos, a guria que nada, tomei um susto esse mês, ta mais vai tomar susto ate quando, pra mim e muito forte isso, e ela disse já veio, então vai lá no posto e faz o teste é na hora ou elas te dão a injeção se tu quiseres tomar, é bem legal ou o anticoncepcional, e daí ela ah não, injeção eu não quero tomar porque engorda, e tipo olhei pra ela ta gorda, mas não, prefere viver no susto porque numa hora torna realidade . É uma coisa que eu digo pra elas gurias não se resume só em filhos, é muito grande a vida é muito mais que isso, às vezes é legal tu trabalhar ter o teu dinheirinho comprar alguma coisa pros teus filhos, eu posso ficar falando, incentivando pra ver se elas saem daquele mundinho só na vila falando da vida dos outros e tomando chimarrão na sombra, e achando que ter arroz e feijão é o máximo, às vezes eu me pego falando e quem sou eu, mas pras gurias que eu tenho uma certa intimidade eu digo que legal, mas tu não vê incentivo da parte de ninguém do marido, de ninguém, e dali um ano tão grávida de novo, com menos de 30 anos.

5) O que tu entende sobre Promoção da Saúde?

Já ouvi falar em promoção e prevenção, promoção pra mim é ... qualidade de vida eu acho, é qualidade de vida é tu viver um pouco melhor de como tu já vive. Tentar viver um pouco melhor do que tu já vive. Assim com questão a alimentação, de vestes, na minha cabeça é isso, qualidade.

Promoção da saúde é... promoção é... o bem-estar da família, que envolve a estrutura familiar, os filhos darem bola pros pais. Orientar, incentivar, pra ficar melhor a qualidade de vida das pessoas. O fulano começou a trabalhar e digo parabéns, ou vou conseguir comprar uma roupinha melhor pro meu filho.

6) Como é a tua rotina de trabalho?

Eu saio de bicicleta, dou bom dia pros colegas, assino meu ponto, falo com a enfermeira, se tem alguma coisa pra nos passar, de demanda aqui interna, se ela tiver ela me passa, eu saio daqui vou pra minha casa, daí eu tomo café, em casa, fico até umas 09:30hr em casa, porque não adianta ir antes das 09:30hr porque eles dormem muito aí vou devagarzinho e vou nas casas abertas, tipo tem que ir, porque é hipertenso, ou há quanto andas a medicação, tem casas que tu vai e não tem nenhuma demanda, mas às vezes preciso ir La na casa da gestante pra ver se ela foi na consulta essa semana, eu crio a minha demanda, os hipertensos, as gestantes as crianças.

Na casa do hipertenso a gente começa a conversar eu pergunto como é que ele ta, como foi a semana, o que aconteceu de novo, eu pergunto da receita, se ta em dia, o dia que tem que pegar a medicação, olha a receita se já pegaram esse mês, como é que tá, tá tomando quantos por dia, tá se sentindo bem, mal, às vezes está se sentindo meia tonta, então se a senhora está tomando a medicação e não está se sentindo bem vamos marcar o médico de novo, Então eu ligo pro 0800, se está sentindo um sintoma muito forte que seja fora do normal a gente orienta ir pra upa, mas se a gente vê que é coisa de rotina, medicação que não está indo bem ou não tá fazendo bem, eu ligo, às vezes eles não sabem escrever, eles não sabem ler, e às vezes o filho diz que vai ligar e não liga, e aí eu já pego o nome o número do cartão e tudo, como já vou acordar cedo eu ligo, daí eu ligo, agendo a consulta pelo 0800, lá eles vão perguntar data de nascimento, nome, reside em qual rua, tem pro dia tal e tal, anoto o nome do medico e daí eu levo pro paciente, olha a senhora continua tomando seus remédios e já está aqui marcada sua consulta com o dia e a hora e no dia a senhora leva sua situação pro médico.

Se o hipertenso e diabético está bem, como é a visita domiciliar? Às vezes eles querem mudar de assunto, to bem to tomando meu remédio certo, e tu realmente percebe que ela ta bem, às vezes eles tem que tomar 2 comprimidos durante o dia e falam que tão tomando os dois na mesma hora, e falam que esta se sentindo meio estranho, lógico, e se o paciente ta bem, eles mudam de assunto e não querem falar da doença. Falam de filho, de marido, de neto.

Com os hipertensos e diabéticos eu vejo se eles estão tomando os remédios certinho e o armazenamento das insulinas, porque às vezes eles fazem errado, como a senhora esta guardando, como ta fazendo, coloca embaixo do congelador, não, tem que colocar na caixinha lá embaixo, eu tento organizar a medicação, ta sobrando remédio, ta tomando errado, péra aí

vamos ver, e tanto, pega lá a receita, por isso que tá sobrando, por isso que tá faltando tá tomando demais, eu tento abordar na visita.

Tem aquelas pessoas que sabem que tem aquela doença e sabem que precisam tomar aquela medicação certinha senão passam mal, tem outras pessoas aquelas sabem que tem e tomam La de vez e quando só quando me sinto mal, só que numa dessas tu te sente mal e não volta mais.

Eu to bem to tomando a medicação certinha só que no final de semana eu tenho que tomar a minha cervejinha.

Com as gestantes e mais tranquilo, algumas são de primeira viagem, elas ficam perguntando como e que e, amamentar, a gente fala da importância da amamentação, daí elas vem trazem a carteirinha, olha se as vacinas estão em dia, quando vai ser a próxima consulta, elas falam que sentem um pouco de dor, dor nas costas, é os ossos que estão dilatando, o bebê é grande, ta dentro da barriga.

Já aconteceu com a liberação da enfermeira eu ter que aferir a pressão da paciente por uma semana, e isso acontece, tipo porque infelizmente o fulano não pode se deslocar até aqui, às vezes acontece tipo deslocar uma técnica só pra isso, eu particularmente gosto mas é uma responsabilidade a mais.

As visitas das crianças, eu falo com as mães, se marcou a consulta pra ver o crescimento, o peso e tal, quando e bebezinho a gente enfatiza mais que tem que levar, se está no peso certo e se esta crescendo , quando é um pouquinho maior a gente enfatiza sobre o crescimento remédio de vermes, na minha área é bastante complicado tem bastante crianças mas as mães não levam, a não ser as mães dos bebês que a gente fica em cima, tem algumas que trazem até no dentista , tem mães que se dedicam.

Dificuldades? Eu vejo que elas falam que o postinho é longe, eles são atendidos pelos doutorandos, da ulbra e eles acham que eles não são médicos, eles anotam tudo e passam para o médico. Eles pegam a ficha com os doutorandos, e depois eles passam pro médicos, não queria ser atendidos por aqueles piás, eles queriam ser atendidos pelos médicos. Eu gostaria de um atendimento pediátrico, não tem pediatra, mas seria bom, aqui tem o nasf, Mas pras crianças deveria ser um atendimento diferenciado. Hoje a ubs tá bem estruturada, e eles nunca estão satisfeito, reclamam de tudo.

Na minha micro área, mãe de 4 filhos e não tem banheiro dentro de casa, cheiro de mijo, não tem cartão de saúde, orientei a procurar o cras, fiz o comprovante de residência pelo ACS, pra ela consultar na ubs, tentar o bolsa família, e tu vê que ela não e proativa pra nada, esgoto a céu aberto, criança sem consultar, vou passar o caso pro nasf, com a assistente social, e eles têm um pouco de medo de perder os filhos com a visita com a assistente social, e se não vejo resultado nas minhas visitas falo pra enfermeira ou passo pro nasf.

O meu trabalho é ouvinte, às vezes tu chega lá e não consegue falar nenhuma palavra, muitas vezes tu pode ajudar com uma palavra às vezes, até um abraço às vezes. Quem nem ontem eu fui numa paciente com um grande problema assim em relação à família, foi embora e ela está morando sozinha, Eu cheguei lá um pouco depois do meio-dia ela estava em prantos chorando, uma pessoa chorando assim, e eu olha o que aconteceu? Eu sempre passava

na mãe dela que era na frente, eu chamei pela tua mãe e não tem ninguém ali. Ah eles foram embora brigaram, e daí eu fiquei até às 13:30hrs falando com ela, tentando consolar ela, e dizendo ah não é assim, quem sabe tu pensa desse jeito, ou quem sabe tu faz assim. Vou tentar ver se consigo uma consulta com a psicóloga, com a enfermeira, pra ver o que a gente pode fazer.

Eu preciso fazer 8 visitas, antigamente eles cobravam muito isso, atendimento total, mas agora, como é números ali, tu digita ali no esus, tu vai mais ali na quantidade de pessoas, lógico, tenta cobrir os idosos, hipertensos, pessoal de risco mas tu não consegue porque tem muita coisinha, tem por exemplo a campanha da vacina tu perde um turno aqui, ta na escala do PIM tu perde um turno lá, tem escola, perde um turno na escola, faz os testes de acuidade visual, e depois vem um ônibus da prefeitura, com oftalmo mesmo, ali eles fazem os exames que a gente viu lá. Assim, vai dois ACS e a enfermeira, na escola, pegamos uma turma de 1ª a 4ª série, fica com nós, no começo do ano eles pegam uma autorização pra ser feito esse exame, todos que vem com a autorização assinada pelos pais a gente chama, só esses, o pai que não assinou não atendemos, e colocado aquelas letras e a gente vê a altura e fica ali os que precisam da outra consulta o u liberados. Depois tem um tipo de mutirão que atende esses que precisam, que tem a necessidade, fazem os exames ali mesmo no ônibus, o ônibus vem duas vezes por ano. E isso é feito nas escolas que fazem parte do quadrando da nossa área. Tem um valor bem forte assim, tem até 30 de maio precisa enviar tantas turmas feitas, tem que bater uma meta. Então a gente meio que corre pra bater isso e entrega e daqui um tempo eles vêm pra fazer os exames. Tem as letrinhas que pede pra olhar pra lá pra cá e tem crianças que não enxergam mesmo. Eu sei bem assim, porque eu tenho uma sobrinha que ganhou um óculos. E tem crianças de um ano pro outro estão de óculos. Eu sei porque no ano passado, eles fazem um eventinho pra entregar e dão pros pais, eu sei porque minha sobrinha fez e nós fizemos até nela porque ela tá na nossa equipe e ela precisava e deram um óculos bem bonzinho.

Mensagem: É uma profissão que não é muito bem vista pelos outros e até pela comunidade, mas eu sou bem grata pelo que faço, e a gente tenta fazer sempre o melhor todos os dias, eu gosto muito do que eu faço e a gente só espera que às vezes que as coisas venham melhorar um pouco, cada vez melhorando um pouquinho mais, e vai ficar melhor pra todo mundo.