

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Promoção da Saúde: percepção dos agentes comunitários
de saúde a partir da sua formação e da sua prática**

Marcia Mulin Firmino da Silva

**Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção
de título de Mestre em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof^a Dr^a. Cláudia Maria Bógus

**São Paulo
2009**

Promoção da Saúde: percepção dos agentes comunitários de saúde a partir da sua formação e da sua prática

Marcia Mulin Firmino da Silva

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof^a Dr^a. Cláudia Maria Bógus

**São Paulo
2009**

DEDICATÓRIA

À minha **mãe**, em memória, e ao meu **pai**, pelo apoio e incentivo ao estudo e a vida profissional.

À **Ana**, filha querida, pela compreensão e amor.

Às **Agentes Comunitárias de Saúde do Jabaquara**, sementes e motivação desse trabalho, companheiras de fé e coragem, que hoje espalham suas sementes...

AGRADECIMENTOS

À orientadora e amiga, Prof.^a Dr.^a **Cláudia Maria Bógus**, pela dedicação e companheirismo nessa incursão pela pesquisa.

A todos as (os) companheiras (os) que compartilharam os anos de trabalho juntos no Jabaquara, plantando as sementes.

Em especial, as colegas **Ana Alice** e **Walkíria**, que puderam compartilhar momentos preciosos dessa trajetória.

À **Gislaine**, que já percorreu a mesma trajetória e me incentivou a iniciá-la.

À **Vanessa**, pela participação e colaboração em momentos importantes do trabalho.

À Supervisão Técnica de Saúde do Jabaquara/Vila Mariana, às gerentes e profissionais das Unidades de Saúde pelo apoio e colaboração.

Aos **familiares** e **amigos** e todos que apoiaram, meus agradecimentos.

SEMENTES

Um homem trabalhava em uma fábrica distante cinquenta minutos de ônibus da sua casa. No ponto seguinte entrava uma senhora idosa que sempre sentava-se junto à janela. Ela abria a bolsa, tirava um pacotinho e passava a viagem toda jogando alguma coisa para fora. A cena sempre se repetia e um dia, curioso, o homem lhe perguntou o que jogava pela janela.

- Jogo semente, respondeu ela.

- Sementes. Sementes de que?

- De flores. É que eu olho para fora e a estrada é tão feia. Gostaria de poder viajar vendo flores coloridas por todo o caminho. Imagine como seria bom.

- Mas as sementes caem no asfalto, são esmagadas pelos pneus dos carros, devoradas pelos passarinhos... A senhora acha mesmo que estas sementes vão germinar na beira da estrada?

- Acho, meu filho. Mesmo que muitas se percam, algumas acabam caindo na terra e com o tempo vão brotar.

- Mesmo assim... demoram para crescer, precisam de água...

- Ah, eu faço a minha parte. Sempre há dias de chuva. E se alguém jogar as sementes, as flores nascerão. Dizendo isso, virou-se para a janela e recomeçou seu trabalho. O homem desceu logo adiante, achando que a senhora já estava senil.

Algum tempo depois...

Um dia, no mesmo ônibus, o homem ao olhar para fora percebeu flores na beira da estrada... Muitas flores... A paisagem colorida, perfumada e linda! Lembrou-se então daquela senhora. Procurou-a em vão. Perguntou ao cobrador, que conhecia todos os usuários no percurso.

- A velhinha das sementes? Pois é... Morreu há quase um mês.

O homem voltou para o seu lugar e continuou olhando a paisagem florida pela janela. “Quem diria, as flores brotaram mesmo”, pensou! “Mas de que adiantou o trabalho dela? Morreu e não pode ver esta beleza toda”. Nesse instante, ouviu risos de criança. No banco à frente, uma garotinha apontava pela janela, entusiasmada:

- Olha, que lindo! Quantas flores pela estrada... Como se chamam aquelas flores?

Então, entendeu o que aquela senhora havia feito. Mesmo não estando ali para ver, fez sua parte, deixou a sua marca, a beleza para a contemplação e a felicidade das pessoas.

No dia seguinte, o homem entrou no ônibus, sentou-se junto à janela e tirou um pacotinho de sementes do bolso... E assim, deu continuidade à vida, semendo o amor, a amizade, o entusiasmo e a alegria. “O futuro depende das nossas ações no presente”. (John Deere)

(Texto extraído do vídeo apresentado pelas agentes comunitárias de saúde, durante a pesquisa)

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo tema da pesquisa

O início dos anos 2000 marcou um período importante na história da saúde no município de São Paulo: foi a reconstrução do Sistema Único de Saúde após oito anos, na década anterior, em que os serviços de saúde foram transferidos para as cooperativas do Programa de Assistência a Saúde – PAS.

Nesse período, assumi o desafio de coordenar essa transição nas unidades de saúde na subprefeitura do Jabaquara e iniciar a implantação do Programa de Saúde da Família na região.

Foi uma experiência gratificante para um profissional cuja trajetória foi marcada pela defesa intransigente e pela infinda esperança no SUS. A energia e a garra foram contagiantes. Toda a equipe de saúde envolveu-se na implantação da nova estratégia da Saúde da Família, enquanto modelo estruturante da atenção básica. Do conhecimento do território à mobilização da comunidade; da seleção dos agentes comunitários de saúde à sua capacitação e à implantação das primeiras equipes... Todo o processo marcou muito a mim e à equipe de trabalho do ex Distrito de Saúde do Jabaquara.

A perspectiva de trabalhar o território, com o olhar da Promoção da Saúde e a estratégia da Saúde da Família norteou nosso trabalho.

As mudanças técnico-administrativas e de comando político não permitiram aprofundar essa experiência, mas as equipes gerenciais que se seguiram mantiveram as equipes de saúde da família já implantadas e ampliaram o número de equipes.

Depois desse período à frente da coordenação das unidades básicas de saúde, agora trabalhando na vigilância em saúde, outro desafio me foi apresentado: o de coordenar ações de vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e dentro dessas, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Nesse tema, minha primeira tarefa foi coordenar na região um grupo de trabalho, integrante do projeto “Capacitação em Avaliação da Efetividade da Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis”.

O projeto foi desenvolvido a partir da percepção dos usuários com doenças crônicas, diabetes e hipertensão.

Essa pesquisa instigou-me a investigar, sob a ótica dos agentes comunitários de saúde, qual a sua percepção sobre a concepção e a prática em promoção da saúde, na perspectiva de que a estratégia da saúde da família é considerada importante ferramenta para a trabalhar a promoção da saúde.

"Atitude correta de quem se encontra em permanente disponibilidade a tocar e ser tocado, a perguntar e a responder, a concordar e a discordar. Disponibilidade à vida e a seus contratempos. Estar disponível é estar sensível aos chamamentos que nos chegam, aos sinais mais diversos que nos apelam, ao canto do pássaro, a chuva que cai ou que se anuncia na nuvem escura, ao riso manso da inocência, à cara carrancuda da desaprovação, aos braços que se abrem para acolher ou ao corpo que se fecha na recusa. É na minha disponibilidade permanente à vida a que me entrego de corpo inteiro, pensar crítico, emoção, curiosidade, desejo, que vou aprendendo a ser eu mesmo em minhas relações com o contrário de mim. E quanto mais me dou à experiência de lidar sem medo, sem preconceito, com as diferenças, tanto melhor me conheço e construo meu perfil."

Paulo Freire (1996)

RESUMO

Introdução – A promoção da saúde visa à melhoria da qualidade de vida, por meio de políticas públicas favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades. A estratégia da Saúde da Família trabalha com os referenciais da promoção da saúde e o agente comunitário de saúde é o elemento que agrega esse potencial na equipe de saúde. **Objetivo** – Analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a Promoção da Saúde, a partir da sua formação e da sua prática e discutir sobre as possibilidades e limitações da atuação desses trabalhadores. **Metodologia** – Foi utilizada a pesquisa-ação, que possibilita uma estreita associação entre a investigação e a resolução de um problema coletivo. O estudo envolveu como sujeitos os agentes comunitários de saúde das Unidades Básicas de Saúde, a partir de um grupo composto por dezoito agentes comunitários de saúde, representativos das unidades envolvidas. O trabalho foi construído em conjunto com o grupo, através de: a) oficinas de reflexão, nas quatro unidades de saúde, com o conjunto dos ACS, identificando a percepção dos mesmos em relação ao conceito de promoção da saúde e em relação ao trabalho realizado nessa área; b) oficinas com o grupo de representantes dos ACS, sistematizando os conteúdos; e c) seminário para apresentação e discussão dos resultados obtidos. Para a sistematização dos conteúdos foi utilizada técnica de análise de discurso. **Resultados e discussão**: Os agentes comunitários conceituam a promoção da saúde relacionando-a aos determinantes sociais do processo saúde-doença, porém foram identificadas várias dificuldades para desenvolver ações nesse âmbito, como ações educativas e coletivas; de articulação intersetorial e de participação/cidadania. Nessas categorias, as limitações apreendidas dizem respeito ao processo de “empowerment” individual e coletivo, na perspectiva da autonomia e do exercício do poder para a transformação social. O processo reflexivo identificou também outros desafios a serem superados, relativos ao trabalho em equipe e a gestão do cuidado, organização trabalho, capacitação/formação, suporte emocional, e condições de trabalho, os quais foram organizados em uma proposta de trabalho. **Considerações finais**: A pesquisa-ação possibilitou, de forma coletiva e participativa, compreender e analisar o trabalho dos agentes comunitários na promoção da saúde, refletindo sobre as limitações existentes e possibilidades de sua superação. O desenvolvimento de um plano de ação, que contempla a abordagem das categorias analisadas, tem como alvo as equipes de saúde da família, através da supervisão técnica e das reuniões das equipes. Sistematizar o processo de reflexão e problematização da realidade com o grupo envolvido produziu conhecimentos e conteúdos que podem contribuir para instrumentalizar os processos de formação e educação permanente do expressivo contingente de agentes comunitários de saúde no Brasil.

Descritores: Promoção da Saúde, Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Empowerment, Pesquisa-ação.

ABSTRACT

Introduction – Health promotion aims at better quality of life, through public policies that favor health development and enhance the capacity of individuals and communities. The strategy of Family Health deals with health promotion references and the community health agent (CHA) is the element who adds this potential to the healthcare team. **Objective** – To analyze the perception of community health agents about Health Promotion, based on their background and practice, and to discuss about possibilities and limitations related to their work. **Methods** – Research-action was used and allowed a close association between investigation and resolution of a collective problem. The subjects of the study were community health agents working at Primary Healthcare Units, comprising a group of 18 agents representing the units involved. The study was conducted together with the group by means of a) reflection workshops, in four healthcare units, with the group of CHA, identifying their perception about the concept of health promotion and the work carried out in this area; b) workshops with the group of CHA representatives, systematizing the contents; and c) seminar to present and discuss the results obtained. The discourse analysis technique was used to systematize the contents. **Results and discussion:** The community agents define health promotion relating it to the social determinants of the health-disease process; however several difficulties were identified in terms of developing education and collective actions; intersectoral articulation and participation/citizenship. In such categories, the limitations learned are related to the process of individual and collective empowerment, considering autonomy and exercise of power for social transformation. The reflexive process also identified other challenges to be overcome, related to team work care management, work organization, capacity-building/training, emotional support, and work conditions, which were organized in a work plan. **Final considerations:** research-action enabled – in a collective and participatory manner – to understand and analyze the work of the community agents in health promotion, considering the existing limitations and possibilities to overcome them. The development of plan of action, addressing the analyzed categories, targets at family health teams through technical supervision and team meetings. Systematizing the process of reflection and problematization of the reality with the group involved produced knowledge and contents that may contribute by providing tools to the processes of permanent training and education of an expressive group of community health agents in Brazil.

Keywords: Health Promotion, Family Health, Community Health Agent, Empowerment, Research-action.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	12
1.1 – O SUS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE	12
1.1.1 – Painel Histórico da Saúde e da Promoção da Saúde	12
1.1.2 - Política Nacional de Promoção da Saúde	18
1.2 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	24
1.2.1 – Painel Histórico da Estratégia de Saúde da Família	24
1.2.2 – A estratégia de Saúde da Família no Município de São Paulo	26
1.2.3 – A Importância da Saúde da Família como Estratégia de Promoção da Saúde	27
1.3 - O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	30
1.3.1 – Novo Personagem no Cenário de Trabalho da Saúde	30
1.3.2 - Capacitação e Formação do Agente Comunitário de Saúde	31
1.3.2.1 – As Diretrizes do Ministério da Saúde	31
1.3.2.2 – A Saúde da Família em São Paulo: um Projeto de Formação, Capacitação e Educação Permanente	34
1.4 – O LUGAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES	37
2 – OBJETIVO	40
3 – METODOLOGIA	41
3.1 – CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO	41
3.2 – O DISTRITO ADMINISTRATIVO DO JABAQUARA	45
3.3 – AS UNIDADES DE SAÚDE PARTICIPANTES E SEUS TERRITÓRIOS	47
3.4 – O CAMINHO PERCORRIDO	50
3.4.1 – Adequação da Pesquisa-ação ao Cenário da Investigação	51
3.4.2 – O Desenho da Pesquisa	
3.4.3 – Constituição do Grupo de Representantes dos ACS	52
3.4.4 – Encontro com o Grupo de Trabalho	53
3.4.5 – As Oficinas de Reflexão nas Unidades	54
3.4.6 – Dinâmica das Oficinas de Trabalho	55
3.4.7 – Como Foi o Trabalho em Cada Unidade de Saúde	57

3.4.8 – As Oficinas de Sistematização com o Grupo de Representantes dos ACS	59
3.4.9 – Seminário: “A Promoção da Saúde e o Trabalho dos ACS do Jabaquara”	68
3.4.10 – Plano de Ação	70
3.5 – REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO	73
4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
4.1 – QUEM SÃO OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE QUE ATUAM NO JABAQUARA	75
4.2 – FORMAÇÃO E PERFIL PROFISSIONAL DOS ACS	78
4.2.1 - O Agente Comunitário de Saúde como Profissional de Nível Técnico	79
4.2.2 – A Questão da Competência Profissional	80
4.2.3 – O Perfil de Competências do ACS	86
4.3 – CONSTRUINDO O CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	91
4.4 – O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	95
4.4.1 – Identificação e Reflexão sobre os Determinantes da Saúde e Situações Promotoras de Saúde	96
4.4.2 – Ações Educativas Individuais e Coletivas	101
4.4.3 – Articulação Intersetorial	105
4.4.4 – Participação/Cidadania	109
4.5 – POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES	111
4.5.1 – O Trabalho do ACS: Contexto e Desafios	112
4.5.2 – Condições Adversas de Vida	113
4.5.3 – Inserção e reconhecimento do Agente Comunitário e Saúde na Comunidade	114
4.5.4 – Trabalho em Equipe e Reconhecimento do Agente Comunitário de Saúde pelos Demais Profissionais	115
4.5.5 – Suporte Social: Cuidar dos Indivíduos e das Famílias	119
4.5.6 – O “Empowerment” e a Prática do Agente Comunitário de Saúde	123
4.5.7 – Suporte Emocional: Cuidar do Cuidador	126
4.5.8 – Organização da Assistência: a Responsabilização pelo Cuidado	128
4.5.9 – Organização do Trabalho: Autonomia versus Produtividade	130
4.5.10 – Situação de Trabalho	134
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
ANEXOS	155

1. INTRODUÇÃO

1.1 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

1.1.1 - Painel Histórico da Saúde e da Promoção da Saúde

Falar sobre promoção da saúde nos remete ao próprio conceito de saúde e discutir saúde e promoção de saúde implica em primeiro lugar definir os paradigmas que os determinam (SANTOS e WESTPHAL, 1999). As necessidades e problemas de saúde demandam respostas, que são definidas em cada conjuntura mediadas pela articulação entre a sociedade e o Estado, constituindo assim as chamadas práticas sanitárias (PAIM 2003b). Para CAPONI (1997) “a aceitação de determinado conceito de saúde implica o direcionamento de determinadas políticas e de certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos”

As práticas sanitárias configuram-se a partir do paradigma vigente e do contexto sócio-político e econômico, determinando/orientando a organização dos serviços e a utilização de tecnologias (SANTOS e WESTPHAL, 1999; PAIM, 2003a e 2003b).

Assim, o quadro epidemiológico no século XIX, caracterizado pela predominância de doenças infecciosas orientou o movimento sanitarista da época, que tinha como paradigma a natureza biológica da doença, sendo cada doença causada por um germe. A saúde era assim definida como ausência de doença, dispensando o conhecimento sobre a vertente social e política da saúde, construída pela medicina social, no início desse século (SANTOS e WESTPHAL, 1999; ALMEIDA FILHO, 2003)

O modelo médico-assistencial privatista que se sucedeu teve por base o paradigma flexeriano, que definiu uma prática sanitária voltada para a cura, considerando o indivíduo doente. Teve como principal referencial o curativismo (doença, diagnóstico, terapia, recuperação da saúde), e o mecanicismo estabelecido sobre a noção de unicausalidade (para um efeito, uma causa). Outros referenciais importantes nesse paradigma são o

biologicismo, no qual a doença e cura se dão no campo biológico; e o individualismo, que considera apenas a relação indivíduo como objeto das ações de saúde, abstraindo a ação do contexto ambiental, social e histórico. Reforça assim a separação entre o individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo (SANTOS e WESTPHAL, 1999; PAIM, 2003b).

A saúde pública, nesse período, tomava como base o paradigma higienista, focando seu interesse para os métodos sociais e ambientais. Buscava a remodelação e o saneamento das cidades e a transmissão de normas higiênicas (SANTOS e WESTPHAL, 1999).

A crise do paradigma flexeneriano deu-se com o desenvolvimento da epidemiologia. A noção de risco, de exposição e suscetibilidade, por um lado, e a idéia da multicausalidade, associada ao meio físico e social, por outro, colocou em xeque os referenciais do mecanicismo, do biologicismo e da unicausalidade (SANTOS e WESTPHAL, 1999). Abria-se então o espaço para um novo paradigma, o da produção social da saúde, com enfoque na prevenção e não na cura (medicina preventiva), utilizando o referencial da epidemiologia (SANTOS e WESTPHAL, 1999; PAIM, 2001e 2003b)

A medicina preventiva estabeleceu-se no período pós-guerra a partir do paradigma da história natural da doença, desenvolvido por LEAVELL e CLARK (1976). A relação estabelecida entre o agente etiológico, o ambiente e o hospedeiro (homem) é a base desse modelo explicativo, centrado na concepção da integralidade da atenção (PAIM 2003b). Assim, é possível propor medidas de intervenção (promoção da saúde, proteção específica, diagnóstico e tratamento precoce, limitação da invalidez, reabilitação) nos diferentes estágios da doença. Essas medidas de proteção agrupam-se, conforme o estadiamento da doença (pré-patogênese e patogênese), em três áreas de prevenção (primária, secundária e terciária). Assim essas medidas, na perspectiva da história natural da doença, são voltadas a evitar as doenças ou seu agravamento (WESTPHAL, 2006).

O referencial da medicina preventiva contrastava com a orientação flexeriana. Mas, apesar de incorporar um novo referencial que possibilita a identificação de risco, a medicina preventiva não se propõe a incorporar como seu objeto de atuação o agir sobre

sua origem, natureza, mecanismos de atuação e meios de prevenir sua existência (SANTOS e WESTPHAL, 1999).

As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico da população mundial, com o aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, evidenciaram as limitações do modelo desenvolvido por Leavell & Clark, com o enfoque centrado no indivíduo e suas famílias (BUSS, 2003).

A necessidade de atuação sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida ampliou o conceito de promoção para além do concebido no modelo da história natural da doença, ou seja, a promoção não é apenas um nível de atenção (BUSS, 2003).

Outra contribuição importante para o desenvolvimento do conceito da promoção da saúde veio das reflexões e críticas da Medicina Social e da Saúde Coletiva, considerando a determinação social do processo saúde e doença e fazendo emergir uma nova prática de cunho humanístico-emancipatório que propiciava a discussão sobre a democratização do processo de decisão em saúde (WESTPHAL, 2006).

Mas a concepção de promoção da saúde foi primeiramente definida por Heny Sigerist já no início do século passado, ao definir as quatro tarefas da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação; e que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso”(WESTPHAL, 2006; BUSS 2003).

Na década de 1970, no Canadá, o Movimento de Promoção da Saúde do Canadá trouxe para o cenário de debates a importância epidemiológica dos estilos de vida e ambiente na determinação do processo saúde doença e questionou os limites da abordagem exclusivamente médica para doenças crônicas (BUSS 2003; FREITAS, 2003; CARVALHO, 2007).

O Relatório Lalonde (1974), destacou o ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde como dimensões importantes para a elaboração de políticas governamentais . Os novos conceitos criados davam conta das intervenções

específica em cada dimensão. As intervenções no ambiente foram denominadas Proteção da Saúde; as dirigidas aos sistemas de saúde de Prevenção e as que focalizam os estilos de vida de Promoção da Saúde (WESTPHAL, 2006). Estava se constituindo assim o movimento de promoção da saúde.

CARVALHO (2007), investigando as correntes de Promoção da Saúde no Canadá, identifica esse primeiro momento do Movimento da Promoção da Saúde com o Relatório Lalonde (1974), que propõe a mudança de foco das ações sanitárias, com base no modelo biomédico, para as ações em promoção da saúde. Sua principal estratégia é a intervenção sobre os estilos de vida, isto é, sobre as escolhas que os indivíduos fazem no seu modo de viver que afetam sua saúde, preconizando então ações visando à mudança de comportamento e caracterizando assim a corrente behaviorista. Nas duas décadas seguintes, surgem outras correntes no Movimento da Promoção da Saúde canadense, duas das quais são destacadas por CARVALHO (2007): a corrente “Nova Promoção da Saúde”, e a “Promoção da Saúde da População”.

A corrente “Nova Promoção da Saúde” questiona o movimento inicial da promoção da saúde a partir de sua crítica ao modelo centrado nas mudanças de hábitos de vida e de “culpabilização dos indivíduos” e tem como marcos a Conferência de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986), que “afirmam como pré-requisitos essenciais para a saúde a necessidade de maior justiça social, equidade, educação, saneamento, paz, habitação e salários dignos” (CARVALHO, 2007, p 55). Uma perspectiva importante abordada por essa corrente é a do empoderamento, presente na própria definição de promoção da saúde constante da Carta de Ottawa, 1996, como “capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (MS, 2001).

A “Promoção da Saúde da População” questiona modelo biomédico hegemônico e propõe a implantação de políticas públicas que gerem desenvolvimento e riqueza, como a principal estratégia da promoção da saúde, considerando que a “prosperidade é importante determinante da saúde” e interfere diretamente em sua condição, tanto em relação ao meio

social e físico, quanto em relação ao “sentimento de bem-estar da população” (CARVALHO, 2007, p 87). A “Promoção da Saúde da População”, traz como inovação a proposta de intermediação entre os determinantes sociais da saúde e a condição social dos sujeitos, mantendo porém a base conceitual behaviorista.

O movimento da Promoção da Saúde teve influência no mundo todo, através das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde.

Na década de 1980, a crise da saúde pública, incapaz de atender às necessidades individuais e coletivas de modo a resultar em maior bem-estar e aumento de produtividade social, por um lado, e o recuo da social-democracia na Europa, com a afluência do ultraliberalismo nesse continente e nos EUA, por outro lado, deram espaço para a consolidação da promoção da saúde como eixo de uma nova perspectiva de saúde pública (FREITAS, 2003; PAIM, 2003b).

A Conferência de Alma Ata, em 1978, e o Congresso Canadense de Saúde Pública, em 1984, contribuíram para explicitar a relação da promoção da saúde com a autonomia e a emancipação. A ação sobre os determinantes ou causalidade social, econômica, cultural, política e ambiental da saúde e o entendimento de que a promoção da saúde é basicamente uma atividade do campo social e da saúde e não somente serviço de saúde, também constituem princípios importantes no campo da promoção apontados nesse espaço (WESTPHAL, 2006).

O movimento da promoção da saúde ganhou amplitude com as conferências internacionais de saúde, através de suas Cartas e Declarações e com inúmeros eventos e publicações, tanto conceituais como de resultado de pesquisa (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa (1986), documento resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, define a promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (MS, 2001), e constitui-se documento de referência mundial. Essa Carta enfatiza também que “a saúde deve ser vista como um recurso positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades

físicas” e “assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (MS, 2001).

As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde que se seguiram foram aprofundando e ressaltando importantes aspectos que compõem o escopo da promoção da saúde e sua prática nesses vinte anos que se passaram desde a primeira conferência. BUSS (2000) ressalta que a promoção da saúde tem como base uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações.

Para CARVALHO *et al.* (2004) a promoção da saúde parte do conceito positivo e ampliado de saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa (MS, 2006) e tem como sustentação os conceitos e valores que qualificam-na “como um conjunto paradigmático de conceitos e práticas orientadas à construção da autonomia e da equidade, adotados como parâmetros fundamentais de saúde e qualidade de vida”. Vale destacar os valores e conceitos apontados pelo autor como esteio da promoção da saúde:

- *Entende saúde como qualidade de vida, fruto da satisfação de necessidades, vitais de indivíduos e coletividades;*
- *Considera que necessidades vitais não são normativamente definidas e sim socialmente estabelecidas, através de pactos inter-sujeitos em contexto econômico, sociais e culturais, historicamente localizados e datados, envolvendo o acesso universal a um conjunto de serviços e bens;*
- *Lembra que necessidades sociais são registradas e legitimadas em contratos sociais definidores de direitos e deveres – direito à saúde, à educação, entre outros;*
- *Toma a saúde como direito humano fundamental (direito à vida), e, portanto, como um imperativo ético universal e não apenas um direito socialmente determinado;*
- *Define saúde como meio e capacidade para a vida, ultrapassando parâmetros normativos e abordagens reducionistas.*

Com esse fundamento, identificam-se então como objetivos fundamentais da promoção da saúde “a busca da autonomia de indivíduos e grupos (capacidade de viver a vida) e a busca de equidade social (distribuição equitativa dessa capacidade entre os indivíduos e grupos)” (CARVALHO *et al.*, 2002).

Discorrendo sobre valores e princípios que podem guiar a avaliação em promoção da saúde, AKERMAN *et al.* (2004) faz-nos refletir sobre um conceito mais dinâmico a respeito do tema:

“Promover saúde é promover a vida. É compartilhar possibilidades para que todos possam viver seus potenciais de forma plena, É perceber a interdependência entre indivíduos, organizações e grupos populacionais e os conflitos decorrentes desta interação. É reconhecer que a cooperação, solidariedade e transparência, como práticas sociais correntes entre sujeitos, precisam ser, urgentemente, resgatadas. Promover a saúde é uma imposição de circunstâncias atuais que apontam para a necessidade imperiosa de novos caminhos éticos para a sociedade”

Assim se chega ao moderno conceito de promoção da saúde, que se traduz mais como compromisso político em relação à emancipação da sociedade no enfrentamento dos seus problemas e no cuidado com a saúde.

1.1.2 - Política Nacional de Promoção da Saúde

No Brasil, as premissas que embasaram a construção do moderno conceito de promoção da saúde também permearam o movimento da Reforma Sanitária que, no bojo mais amplo da luta pela redemocratização do Estado brasileiro, deu origem ao Sistema Único de Saúde, o SUS, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que lançou seus fundamentos.

De fato, na Constituição de 1988, em seu artigo 196, a saúde é definida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua **promoção**, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A Lei 8080, de 1990, que regulamenta o SUS, descreve como um dos seus objetivos “a assistência às pessoas por intermédio de ações de **promoção**, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. E nos seus princípios e diretrizes são enfatizados vários aspectos pertinentes à promoção da saúde, como a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a preservação da

autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral, direito à informação, e participação da comunidade, entre outros (BRASIL, 1990).

Como e quanto o conteúdo desse arcabouço legal vem se traduzindo em ações de saúde que o refletem, tem sido objeto de inúmeras avaliações, desde os níveis locais até uma visão nacional, nesses vinte anos. É notório o reconhecimento de que o SUS representa uma proposta humanista e igualitária e dos avanços alcançados até aqui. Mas também se reconhece a enorme distância que ainda o separa de um modelo mais voltado para a promoção da saúde, quando as práticas em saúde ainda estão embasadas no modelo biomédico, apontando a contradição com o modelo de determinação e produção social da doença.

Buscando avançar nessa área, o Ministério da Saúde, tem discutindo uma proposta de política de promoção da saúde. Para CAMPOS (2004), falar da promoção da saúde no Brasil é indissociável da reflexão sobre a criação e a luta contínua que travamos pela melhoria do SUS e do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos que constroem políticas públicas”.

Nesse processo de construção, CAMPOS (2004) considera ainda, que “uma política nacional de promoção da saúde terá maior eficácia à medida que construa ações quanto aos modos de vida que apostem na capacidade de auto-regulação dos sujeitos sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida e, ao mesmo tempo, opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população” (p. 747)

Essa discussão é a que está na ordem do dia, e inclui dois aspectos importantes em relação à promoção da saúde: a de que a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida; e a que entende a saúde como produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida e portanto suas atividades estariam mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido mais amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições

favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2000).

Para CARVALHO (2002) “os determinantes do processo saúde/doença constituem um referencial analítico imprescindível não só para a reflexão teórica, mas para o desenho de políticas públicas, de programas e intervenções voltadas para a melhoria da qualidade de vida, bem como abordagens e metodologias de avaliação. Assim, a promoção de saúde ultrapassa o setor saúde e incide cada vez mais sobre as políticas públicas em geral, dialogando com a diversidade de campos, organizações e sujeitos envolvidos nas múltiplas dimensões da vida social”. Ainda para esse autor, programas de promoção da saúde “devem envolver metas intersetoriais e participativas voltadas para o desenvolvimento social e fortalecimento da cidadania (empowerment), na perspectiva de redução das desigualdades e de inclusão social”. E que também “compreende um conjunto abrangente de estratégias de mudanças em escolas, serviços de saúde, nas comunidades, no meio-ambiente (...). Complexo por natureza, pressupõem mobilização, participação e conhecimento sobre padrões culturais e sociais prevaletentes”.

Nesse contexto de discussão sobre a promoção da saúde e seguindo a tendência mundial, o Ministério da Saúde edita a Portaria 687, de 30/03/2006, instituindo a **Política Nacional de Promoção da Saúde** (MS, 2006).

O documento Anexo I embasa a Portaria, resgatando esse contexto e os aspectos centrais da promoção da saúde. Os trechos a seguir, extraídos do documento, sintetizam os fundamentos que norteiam a política definida.

“No SUS a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde.”

“Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e, colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao

exercício, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida.”

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham” (MS, 2006).

O documento resgata ainda os princípios do SUS que compõem a Constituição Federal de 1988, como direito universal e igualitário e a integralidade da atenção à saúde, “quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social” A intersetorialidade, ainda em construção, também é abordada, colocando-se como um desafio ao setor saúde e compreendida como “articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem” (MS, 2006).

Nesse ponto, o documento define o compromisso do setor saúde na articulação intersetorial como o de “tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas, Dessa maneira, é tarefa do setor saúde nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerarem a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas” (MS, 2006).

Quanto à avaliação das estratégias de promoção da saúde em relação a sua efetividade, o documento reconhece que até o momento o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu em grande parte vinculado às iniciativas ligadas ao comprometimento e aos hábitos dos sujeitos. Assim, “persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para

identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade” (MS, 2006).

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 (MS, 2006). Desses, o Pacto pela Vida compõe um conjunto de compromissos sanitários a ser assumido em conjunto pela União, Estados e Municípios, definindo as responsabilidades de cada um.

As macro-prioridades que compõem o Pacto em Defesa da Vida são: 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 (MS, 2006).

Parece não haver dúvida que, por se referir à saúde, uma política de promoção deve ter um peso considerável do setor saúde, através do seu ministério específico. Porém, dado o conceito amplo de saúde e promoção, percebe-se no documento que norteia a Portaria, uma enorme lacuna em relação ao papel preponderante de outros ministérios responsáveis por políticas que são determinantes das condições de saúde. Isso pode gerar distorções em relação aos reais propósitos da Política Nacional de Promoção de Saúde, confundindo-a com intervenções voltadas tão somente a mudanças de comportamento e estilos de vida, ainda que estes, conceitualmente e consensualmente, estejam incluídos como objetos da promoção da saúde.

Que estratégia, então, pode o SUS lançar mão para operar o conceito de promoção da saúde da forma entendida por CAMPOS (2004), como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de

complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde? Para esse autor é preciso cuidado quando construímos caminhos para não os considerar como soluções acabadas e definitivas. TRAVERSO-YÉPEZ (2007), analisando os discursos da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil, questiona “se as práticas discursivas, ou formas de ação perpassadas pela linguagem, implícita na política, viabilizam as mudanças necessárias”. A autora identifica também na Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil uma “ênfase político-prescritiva, de forma a parecer que apenas pelo fato de ser citado já é norma de ação, sem considerar ou refletir sobre a viabilidade dos mesmos”. Assim a promoção da saúde “em lugar de proposta-processo, tende a aparecer como algo acabado, inquestionável e, especialmente, fácil de acontecer”. A autora chama a atenção ainda para o posicionamento dos atores sociais envolvidos na promoção da saúde, destacando que, quando o discurso da promoção fala sobre os “cidadãos” ou a “população” de forma geral, não identifica as profundas diferenças socioculturais e econômicas entre os diversos grupos sociais. Como forma de superação de um discurso excessivamente racional e intelectual, que tendem a reproduzir as diferenças de poder, TRAVERSO-YÉPEZ (2007) propõe a utilização da prática reflexiva, abordagem da Psicologia Social crítica, ressaltando que:

“(...) uma maior ênfase na reflexividade, nas relações dialógicas e no senso crítico – valores basilares para desenvolvimento de uma reflexão crítica por parte dos diferentes atores sociais-, seria salutar na política de promoção da saúde e, em geral, em todas as nossas políticas e práticas de saúde. De nada adiantam políticas bem intencionadas se são inviabilizadas pela falta de vontade política e pela distribuição desigual de poder, ou pelas próprias práticas institucionalizadas, dentro das quais tende-se a atuar com automatismos e de forma não reflexiva”.

É com esse cuidado, que endosso a estratégia do Programa de Saúde da Família como uma ferramenta importante no enfrentamento das iniquidades em saúde, por ter como pressuposto o paradigma da determinação social do processo saúde-doença e por assumir que as ações de promoção da saúde, como consta na Carta de Ottawa, passa pela criação de ambientes favoráveis à saúde, pelo fortalecimento da ação comunitária, pelo desenvolvimento de habilidades pessoais e pela reorientação dos serviços de saúde.

É importante ressaltar porém que, embora o marco conceitual do PSF se afirme sobre os pressupostos da determinação social da saúde e sobre o referencial da promoção da saúde, vários estudos apontam para as limitações encontradas no desenvolvimento desse programa, implantado em larga escala no território nacional.

A estratégia do PSF é abordada nos capítulos seguintes.

1.2 – A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1.2.1 - PAINEL HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Como referido anteriormente, a criação do Sistema Único de Saúde, com a Constituição de 1988, representou uma expressiva mudança na proposta de organizar e fazer saúde no Brasil, visando reduzir o enorme fosso entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos de saúde à população brasileira.

A universalização do acesso aos serviços de saúde com equidade, a descentralização da gestão do sistema e dos serviços de saúde, com integralidade da assistência, e a participação social, são os pilares do novo modelo, e a promoção da saúde é um campo teórico-prático-político, sustentado sobre esses pilares, se traduz em uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos de saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (CAMPOS, 2004).

Num contexto, onde o modelo assistencial caracteriza-se pela prática medicalizante, individual, com utilização irracional dos recursos tecnológicos e com a baixa resolutividade dos serviços básicos, as diretrizes estabelecidas no SUS apontavam para uma nova estratégia de estruturação dos serviços e do cuidado com a saúde: o Programa de Saúde da Família (PSF) (SOUSA, 2001).

Nesse período, o contexto epidemiológico brasileiro já se caracterizava como de transição epidemiológica, caracterizado pela crescente importância das doenças crônico-

degenerativas e convivendo ao mesmo tempo com indicadores elevados de morbimortalidade por doenças infecto-contagiosas. Para ANDRADE (2005), associado a esse perfil epidemiológico desafiador, os indicadores nacionais de atenção básica, tanto os de acesso quanto os de resultado, demonstravam a falta de comprometimento político com as ações de promoção de saúde.

A estratégia Saúde da Família estruturou-se a partir dos agentes comunitários de saúde, baseado em experiências internacionais e em experiências na atenção primária implantadas em alguns municípios e estados (Vale do Ribeira-SP, Ceará), na década de 1980 (SOUSA, 2000 e 2001; ANDRADE, 2005).

Assim, em 1991, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, centrado nas dimensões comunidade e família. Esse programa deu origem ao PSF, que foi oficializado em 1994. Nesta época foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF), incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (MS, 2001). Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (MS, 2001).

De acordo com DALMASO e SILVA (2002) o PSF constitui-se como um modelo de atenção à saúde objetivando o desenvolvimento de atividades de promoção e proteção à saúde das famílias da comunidade, através do trabalho das equipes de saúde na unidade local de saúde e na própria comunidade. O MS (2001) destaca que “o objetivo de Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas” (MS, 2001)”.

Para ANDRADE (2005) “nos últimos anos houve uma expansão relevante do acesso ao PSF, aumento da sua cobertura nas zonas urbanas e em cidades com maior densidade populacional, uma consolidação da interdisciplinariedade das ações de saúde,

maior integração das ações do PSF com ações de saúde secundárias e terciárias e uma intensificação dos processos de participação comunitária”.

1.2.2 - A Estratégia de Saúde da Família no Município de São Paulo

Enquanto estratégia do SUS para a reorganização da atenção básica com vistas à integralidade da assistência, e tendo como base o vínculo com o território e as famílias, o PSF é essencialmente de gerência municipal. O município de São Paulo, no entanto, passou oito anos à margem do SUS durante duas gestões municipais (1993 a 2000), utilizando um modelo privado de gerência, através das cooperativas do Plano de Assistência a Saúde (PAS). Assim, a estratégia Saúde da Família, que vinha sendo implantado em todo o Brasil através das gestões municipais desde 1994, em São Paulo foi inicialmente implantado através de ação conjunta do MS e da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com organizações sociais, como a Casa de Saúde Santa Marcelina em 1996 e a Fundação Zerbini em 1997, sendo denominado Projeto Qualis (ALVES SOBRINHO e CAPUCCI, 2003; BOUSQUAT *et al.*, 2006).

Em 2001, com uma nova gestão municipal, a Secretaria Municipal da Saúde extinguiu o PAS, com reintegração das unidades de saúde, e efetuou a municipalização das unidades básicas estaduais, inclusive as que estavam integradas ao Projeto Qualis, reconduzindo assim o sistema de saúde ao SUS e assumindo a Gestão Plena da Atenção Básica. (ALVES SOBRINHO *et al.*, 2002; BOUSQUAT *et al.*, 2006).

Reconhecendo que a implantação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde acumularam um rico conjunto de experiências, e que vinham contribuindo para dar um salto de qualidade no processo de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS, a Secretaria Municipal de Saúde, em 2001, definiu Saúde da Família como a estratégia para promover a organização das ações de atenção básica nos seus Distritos de Saúde, devendo constituir-se como verdadeira porta de entrada do sistema de saúde e, sobretudo, reestruturar todos os outros níveis de atenção à saúde. Através de

convênio com entidades de tradição na assistência social e em saúde, a Secretaria Municipal de Saúde implantou o programa em larga escala. Dessa forma, o PSF em São Paulo, que até o final de 2001, tinha 180 equipes passa a ter cerca de 700 equipes, no final de 2002, sendo a meta definida para o final de gestão de 1749 equipes, segundo esse autor (ALVES SOBRINHO e CAPUCCI, 2003).

Segundo esses autores, dados e indicadores apontavam para uma avaliação positiva do programa em 2003: “a queda da mortalidade infantil em ritmo diferenciado nos Distritos com maior cobertura de Saúde da Família, a adesão dos usuários, sua capacidade de humanizar as relações profissional saúde/cidadão usuário, sua força racionalizadora na articulação da rede hospitalar e especializada com a rede básica, a adesão das grandes universidades (...) mostram o acerto da nossa escolha política e orçamentária”.

A proposta de Saúde da Família no município de São Paulo envolvia três linhas de investimentos: a **implantação das equipes**; o **desenvolvimento e capacitação**; a **sustentação e aperfeiçoamento**, destacando nessa última a preocupação com a produção de novas tecnologias para realimentação da atenção básica no município (CHIESA, 2002).

1.2.3 – A Importância da Estratégia Saúde da Família na Promoção da Saúde.

A estratégia do Saúde da Família/PACS tem se mostrado como caminho possível no processo de reorganização da atenção básica para viabilizar mudanças na forma de pensar e fazer saúde no Brasil. A Saúde da Família/PACS tem como objetivos a assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade, e a intervenção sobre os fatores de risco aos agravos à saúde (MS, 2001)

Tem como principais características:

- *Eleger a família e seu espaço social como núcleo de abordagem;*
- *Pressupõe vínculo entre os profissionais da saúde e a população;*
- *Incorporam ações programáticas de uma forma mais abrangente e passa a resolver a maior parte dos problemas de saúde (cerca de 85%);*
- *Requer parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais, como educação, saneamento, meio ambiente e outras, promovendo a qualidade de vida e intervindo nos fatores que a colocam em risco.*

- *Trabalha com a democratização do conhecimento em relação ao processo saúde/doença, a organização dos serviços e a produção social da saúde, através do trabalho de equipe, numa busca permanente de comunicação e troca entre os saberes específicos dos profissionais da equipe e o saber popular do Agente Comunitário de Saúde e da população.*
- *Realiza atividades nas Unidades de Saúde da Família e nas residências, quando considerado necessário pelos ACS (que são os elos fundamentais entre a comunidade e os serviços de saúde), promovendo com equipe, atividades com grupos e mobilizando a Comunidade para trabalhos intersetoriais.*
- *Trabalha com o conceito de saúde como direito de cidadania e expressão da qualidade de vida; e trabalha tendo as famílias como aliadas na construção de uma vida saudável e no processo de cura e reabilitação.*
- *Pressupõe uma grande interação com a comunidade, para o conhecimento da sua realidade, definição das prioridades, desenvolvimento de ações individuais e coletivas, que promovem a qualidade de vida na direção do município saudável.*
- *Estimula e contribui com a organização da comunidade para o exercício do controle social (MS, 1997; SES, 1997; SMS, 2001).*

A Saúde da Família, enquanto estratégia estruturante do sistema de saúde, constitui-se na principal porta de entrada no SUS e tem as Unidades de Saúde da Família como os locais destinados aos cuidados primários de saúde, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e assistência; com alta resolubilidade; com baixos custos, sejam estes diretos ou indiretos, econômicos ou sociais e com articulação com outros setores da saúde (BURSZTYN *et al.*, 2003; MENDES, 1996). É dirigido não somente à cura e à prevenção de doenças mas, sobretudo, voltado para promover a saúde e incrementar a qualidade de vida valorizando o papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e da comunidade.

DALMASO e NEMES FILHO (2001) enfocam duas estratégias dentro da Saúde da Família para promoção da saúde: a ação intersetorial e o suporte social. Como **ação intersetorial** se entende a integração de esforços, visando alcançar mais e melhores resultados e racionalizar recursos.

Abordada por CAMPOS (2004) a “intersectorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersectorialidade implica a existência de algum grau de

abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de coresponsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população”.

Acrescenta, ainda a respeito da intersetorialidade, que “não deve ser pensada como uma estratégia única e/ou definitiva a ser aplicada sobre os diferentes territórios e populações. Ao contrário, ela deve responder às necessidades de saúde de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso e, principalmente, envolvendo a população no percurso do diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas”.

Já o **suporte social** representa um importante instrumento de trabalho na atenção básica, ao favorecer apoio a indivíduos e famílias buscando melhorar a qualidade de vida dos mesmos (DALMASO e NEMES FILHO (2001).

O trabalho de Equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (MS, 2006). ANDRADE (2005) define a Saúde da Família como “um modelo de atenção básica, operacionalizado por ações primariamente preventivas e promocionais das equipes de saúde da família, comprometimento com a integralidade da assistência à saúde, com o foco na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido”. Com a mesma ótica o Ministério da Saúde, entende que a Saúde da Família “é mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhora das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompam os muros das unidades de saúde e se enraízem para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam” (MS, 1997).

Para ANDRADE *et al* (2005) o impacto da estratégia da Saúde da Família na saúde da população deve ser avaliado considerando dois níveis de ação positiva: avaliação de processo, que seria um nível intermediário; e avaliação de resultado, como nível final, que depende essencialmente da sua capacidade de integração com esses componentes mais

complexos do processo de atenção à saúde. Os estudos atuais colocam como um dos principais desafios a busca da integralidade na atenção a saúde para garantir maior resolutividade à estratégia de Saúde da Família.

A persistência na estratégia de saúde da família, fez com que fossem sustentados os avanços já obtidos, valendo lembrar que, apesar disso, há uma série de desafios a serem enfrentados para consolidar e ampliar os resultados, para que assim seja aperfeiçoada a implantação do programa (ANDRADE *et al.*, 2005).

1.3 – O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1.3.1 – Novo Personagem no Cenário de Trabalho

O Elo Comunitário e o Profissional

“Mais do que um elo entre a comunidade e a USF, ele é um sujeito ativo em todo o processo de organização da atenção à saúde” (SOUSA, 2003).

Ao se desenharem as bases conceituais e os princípios organizativos do PACS, em 1990, já se tinha clareza sobre seus principais limites e potenciais, e a literatura dava conta da discussão a cerca da importância ou não do Agente Comunitário de Saúde, como interlocutor privilegiado entre os serviços de saúde e as famílias/comunidades a que pertencem (SOUSA, 2001). Acreditar no potencial desse novo ator no cenário da saúde desencadeou todo um processo de reorganização da atenção à saúde SUS nos municípios onde foi implantado. *“Mais do que um elo entre a comunidade e a USF, ele é um sujeito ativo em todo o processo de organização da atenção à saúde”* (SOUSA, 2003).

A profissão Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi regulamentada pela lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Recentemente essa lei foi revogada pela lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Em seu artigo 3º, a lei estabelece como atribuição do Agente Comunitário de Saúde o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas,

desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal”.

Detalhando as atribuições específicas do ACS, os manuais técnicos destacam as seguintes:

- *“ utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação;*
- *executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;*
- *registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;*
- *desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;*
- *identifica áreas de risco e indivíduos e famílias expostos a situações de risco;*
- *estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida;*
- *realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;*
- *participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida;*
- *identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pelas equipes (MS, 2000; MS, 2001; SMS, 2001)*

Mas quem é o agente comunitário? É alguém que se destaca na comunidade pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce. O ACS funciona como o elo entre a equipe e a comunidade. Está em contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir os dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. (MS, 2001).

Na pesquisa realizada por DALMASO e SILVA (2002), observa-se que os ACS consideram como características necessárias para o desempenho de sua função atribuições de caráter (coragem, flexibilidade, solidariedade, respeito para com os outros e discrição), disposição para aprendizado e troca de conhecimentos, habilidades para comunicação, condições físicas e mentais. Quanto aos requisitos identificados para trabalhar em uma

ESF, destacam a capacidade de atuar em equipe, visão mais holística da saúde, habilidade para o contato interpessoal, além de aspectos relacionados com uma postura ético-política.

Ele desenvolve atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local.

Para desempenhar suas atribuições, o agente recebe treinamento inicial e participa de atividades de educação continuada. Com o reconhecimento legal da profissão, Ministério da Saúde desenvolveu uma proposta de formação técnica para o Agente Comunitário de Saúde, aprovada em 2004, que passou a ser implantada nos municípios através das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS).

1.3.2 – Capacitação e Formação do Agente Comunitário de Saúde

1.3.2.1 - As Diretrizes do Ministério da Saúde

A capacitação profissional dos ACS é orientada nacionalmente pelo Ministério da Saúde, através de diretrizes, estratégias e material de apoio, como cartilhas e manuais e esse processo se dá em serviço.

Desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), até a incorporação dos agentes comunitários às equipes de Saúde da Família, o enfoque da capacitação acompanha as mudanças ocorridas em relação ao modelo de saúde e a reorganização dos serviços, e ao processo de trabalho desses profissionais.

Pela própria característica da profissão, para a qual não é exigida uma formação específica anterior à sua contratação, a formação desses profissionais dá-se a partir de sua vinculação ao programa e ocorre em serviço.

Ainda no início da implantação do PACS, um manual orientando o trabalho ao ACS, elaborado em 1981, foi adotado para instrumentalizar as ações a serem desenvolvidas no acompanhamento do grupo materno-infantil, atribuição definida para esses profissionais no primeiro nível de atenção à saúde (MS, 2000)

A observação da prática cotidiana dos agentes junto às comunidades orientou as adequações do manual em sua segunda edição, em 1994. Com a implantação da estratégia da Saúde da Família, a terceira edição do manual “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, em 2000, integrou um conjunto de materiais de apoio ao processo de capacitação dos agentes para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

O conteúdo do manual é bastante abrangente e utiliza uma abordagem reflexiva para trabalhar os diversos temas tratados.

Aborda de início o conceito de saúde, tomando como base a Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa e situando a importância do trabalho do ACS na promoção da saúde. O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, através dos conselhos e conferências de saúde, também merece destaque. Num segundo momento, o enfoque é dado à missão dos ACS e do PSF, as funções e as atividades exercidas pelo ACS. O incentivo à participação da comunidade é tratado em capítulo específico que fala sobre a vida comunitária e a necessidade da participação de todos na busca de solução de problemas, destacando o papel do ACS como facilitador da expressão de lideranças na comunidade, e as características necessárias ao trabalho comunitário. A visita domiciliar, a entrevista, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade, as reuniões comunitárias são abordadas como instrumentos de trabalho do ACS para conhecer melhor as necessidades das pessoas e da comunidade, buscando encontrar maneiras de resolver os problemas. Por fim, as informações coletadas através do trabalho do ACS que ajudam a organizar o trabalho e a fazer o diagnóstico de saúde da comunidade são tratadas no manual com a orientação do registro em formulários próprios, as Fichas A, B, C e D. O manual destaca também a metodologia do diagnóstico comunitário, construído de forma participativa.

Outras publicações do Ministério da Saúde (Atenção Básica/Saúde da Família) propõem-se a contribuir para o fortalecimento das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde. O Caderno 3 – Educação Permanente, da coleção Cadernos de Atenção Básica, (MS, 2000), orienta o desenvolvimento de programas de Educação Permanente,

considerando-o como “processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo” . Destaca também que a educação permanente “desempenha sua função, quando está envolvida numa prática de transformação, que traduz uma teoria dialética do conhecimento, como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre uma prática/trabalho”. Assim a Educação Permanente deve ter como objetivo central “a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde”.

1.3.2.2 – A estratégia da Saúde da Família no município de São Paulo: um projeto de formação, capacitação e educação permanente

Como já referido anteriormente, no município de São Paulo, o plano para implantação da estratégia da Saúde da Família, em 2001, definiu três linhas estratégicas de investimentos: a implantação do Programa de Saúde da Família, o desenvolvimento de pessoal para o PSF e a sustentação do PSF. Nessa segunda linha de investimento, a capacitação foi considerada como ponto fundamental para o desenvolvimento, com qualidade, do Programa de Saúde da Família, enquanto estratégia de reorganização da atenção à saúde no SUS. A proposta era desenhar um modelo técnico-pedagógico para Capacitação, Formação e Educação Permanente dos profissionais.

Nesse modelo foram previstos cinco momentos: Momento I – Conhecendo o PSF, Momento II – Construindo um novo olhar para o PSF; Momento III – Praticando o PSF; Momento IV – SUSTentando o PSF; Momento V – Inovando tecnologias para o PSF. O modelo seria coordenado pela SMS e desenvolvido em parceria com instituições de ensino superior (SMS, 2001a).

O projeto de formação, capacitação e educação permanente para o pessoal das unidades de saúde da família constitui-se em uma proposta com sólida fundamentação e coerência com os princípios do SUS e da estratégia da Saúde da Família e traz elementos

importantes para reflexão sobre a atuação dos ACS, objeto desse estudo. Por isso julgamos pertinente uma explanação sobre o seu conteúdo.

O marco referencial dessa proposta é o processo de trabalho das equipes de saúde, considerado como eixo central do processo de aprendizagem e tomado numa perspectiva crítico-transformadora, buscando subsidiar e contribuir para mudanças dos modelos assistenciais de saúde

O modelo de atenção, utilizando a estratégia da Saúde da Família, prevê “a problematização da prática profissional dos trabalhadores da saúde, a partir de três elementos fundamentais: as condições de vida, o processo saúde/doença e as respostas sociais organizadas, traduzidas em ações de saúde e ações intersetoriais. Essa problematização deve considerar as transformações necessárias na organização dos serviços de saúde, operando com base em um modelo de atenção coletiva, com a integração de ações curativas e preventivas, na perspectiva do projeto do SUS de descentralização dos serviços e universalização da atenção” (SMS, 2001b).

No Momento I – Conhecendo o PSF propõe a realização de um curso para todos os profissionais da equipe de saúde da família. Especialmente para o ACS, que não necessariamente possui formação prévia em saúde, a apresentação do PSF é fundamental, abordando sua filosofia, concepções, princípios, objetivos, formas de organização e atuação no programa. Já o momento II – Construindo um novo olhar no PSF prevê um curso específico para os ACS. Considerando que esse profissional tem o papel de promotor da qualidade de vida na comunidade onde atua e que essa atuação se dá por meio de visitas domiciliares, organização de grupos específicos e de rede de apoio, e produção de informações sobre saúde e qualidade de vida da população, os objetivos desse momento de capacitação é o de preparar o ACS para que ele possa ser um educador e um promotor da qualidade de vida para a comunidade na qual atua. A proposta apresentada em 2001 reafirma que a capacitação para esses profissionais “não busca somente uma formação teórica, mas uma preparação no campo das relações humanas e interpessoais, da comunicação, da ética e do trabalho em equipe”. Assim, o curso além de fornecer

conteúdos teóricos, deve também se preocupar em desenvolver as habilidades e atitudes na atuação prática.

A supervisão em serviço para o ACS constitui a proposta de conteúdo para o Momento III – Praticando o PSF, com o objetivo de garantir a capacitação de apoio na prática diária, de modo a completar por meio da supervisão direta, a formação necessária para o desempenho com qualidade de suas atividades. O processo de capacitação em serviço é um dos momentos que podem diferenciar a prática da Saúde da Família no compromisso com a comunidade pelo atendimento de qualidade.

O Momento IV – Sustentando o PSF tem como premissa a necessidade de, após a capacitação inicial, manter o processo de atualização dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família. O objetivo é criar atividades que possam garantir a atualização e o aperfeiçoamento permanente dos profissionais das equipes de saúde da família. Reafirmando a importância desse momento da capacitação o documento destaca que “as atividades de atualização além de aumentarem a qualificação do profissional, constituem um estímulo para a busca constante do aperfeiçoamento na prática e do compromisso com o trabalho, na medida em que expressam uma preocupação dos dirigentes com o crescimento dos profissionais envolvidos no PSF” (SMS/PSF Doc 4, 2001). Para os ACS foram previstos os “Ciclos de Qualificação”, “com a finalidade de discutir temas relacionados à prática diária do ACS, bem como outros temas mais gerais que contribuam para ampliar a formação do ACS. Constituem momentos de aperfeiçoamento desse profissional ao mesmo tempo em que permitem a integração entre ACS de diferentes unidades, com oportunidade de troca de experiências. As atividades desenvolvidas nesses ciclos caracterizam-se por se diferenciar dos momentos tradicionais de formação, incorporando diversas formas de expressão da cultura local dos ACS. Teatros, vídeos, dramatizações e outras formas de expressão devem ser utilizados para abordar temas que visam o aperfeiçoamento do conhecimento e da prática do ACS”.

Inovando tecnologias para o PSF, o Momento V, propõe realizar pesquisas e avaliações da implantação, capacitação e desenvolvimento do PSF para a elaboração de novas tecnologias para o programa. A ideia é fazer o registro de todas as fases de

implantação e capacitação do PSF para posteriores avaliações que possam nortear a produção de novas tecnologias para o PSF. A definição de indicadores quantitativos e qualitativos específicos para o PSF também é apontada como necessidade, bem como o estímulo, tanto em âmbito local de Unidade de Saúde, como regional e municipal, à realização de pesquisas sobre o PSF. A produção desses dados contribuiria para o desenvolvimento de novas tecnologias o aperfeiçoamento do PSF. (SMS/PSF Doc 4, 2001)

O grande contingente de agentes contratados logo no início da implantação do programa em São Paulo passou pela capacitação do Momento I, desenvolvido pelas equipes dos Distritos de Saúde, instâncias político-administrativas responsáveis localmente pela execução do programa. Além do Momento I, os agentes participaram de cursos de capacitação, treinamentos, processos de educação permanente, sobre temas variados na área da saúde e em outras áreas de interlocução ou relacionadas ao trabalho desenvolvido pelos agentes.

As mudanças políticas e administrativas ocorridas durante o processo de implantação da estratégia da Saúde da Família no município levaram à reorientação do projeto de capacitação dos profissionais do e o referencial apresentado inicialmente foi sendo readequado e adaptado às circunstâncias de funcionamento do programa e às diretrizes nacionais.

Atualmente o Momento I é desenvolvido por instituições parceiras que gerenciam o PSF, distribuídas nas diversas regiões do município, mas as demais etapas do projeto não têm sido desenvolvidas de forma regular e sistematizada.

1.4 – O LUGAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES

Buscando compreender possíveis aspectos críticos na formação das equipes de saúde da família em seu município, BERNARDINO *et al.* (2005), estudaram como ocorriam a formação dos profissionais e a integração e articulação da equipe responsável pela interação entre a comunidade e o serviço de saúde. O estudo evidenciou que “as ações

de capacitação dos profissionais da Saúde da Família não têm sido suficientes para imprimir mudanças nas relações interpessoais e na organização de um processo de trabalho baseado no trabalho em equipe”, reconhecendo a necessidade de redirecionamento das atividades de formação e educação contínuas. E aqui se coloca outro dilema, redirecionar para onde, de que forma?

MENDES (1996) destaca que a atenção primária à saúde “é o nível de menor densidade e maior complexidade tecnológica, porque se utiliza, por um lado, de poucos recursos, de baixo custo, no que se refere a equipamentos diagnósticos e terapêuticos, e incorpora, por outro, instrumentos tecnológicos advindos das ciências sociais (antropologia, sociologia e história) e humanas (economia, geografia, etc) na compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e individual”. Assim, esperá-se dos profissionais que atuam no PSF um amplo domínio de saberes e técnicas que permitem a apreensão de um determinado objeto de grande complexidade (SMS, 2001), que caracteriza na realidade o trabalho em promoção da saúde.

Um aspecto importante a ser considerado é que os ACS, por serem membros da comunidade, apresentam uma relação muito próxima com as famílias, sendo solicitados para intervir em situações não apenas de saúde, mas de problemas gerais tanto das pessoas como da região em que atuam (COHN *et al.*, 2005).

Entre a população e a equipe de saúde, os agentes tendem a se diferenciar da população; apesar de moradores na mesma área e cadastrados pelo PSF, sentem-se em algumas situações, mais próximos da equipe de saúde, e segundo SILVA (2001), “são apartados relativamente da população. Por outro lado, ao estarem entre a equipe e a população, conformam um grupo próprio, com motivações, desempenhos e opiniões acerca do trabalho comuns. Portanto, seu vínculo é móvel e a identidade, ambivalente”. Essa ambigüidade também é apontada por COHN *et al.* (2005), identificando o ACS como membro legítimo da comunidade e ao mesmo tempo incorporado à equipe do PSF, dividindo-se assim entre o compromisso profissional e a inserção na comunidade.

Isso leva-nos a refletir sobre algumas questões. Até que ponto esse possível “conflito” entre seu papel, enquanto trabalhador da saúde e membro da comunidade onde reside e trabalha, interfere no seu papel de agente de promoção da saúde? Como atuar na promoção da saúde, transformando as práticas de saúde nas unidades e superando o modelo biomédico e voltado às mudanças comportamentais? Os agentes recebem capacitação e educação continuada adequadas, que dêem conta do cumprimento de suas atribuições? Pensando na ação intersetorial e no suporte social, ferramentas para atuação em promoção da saúde nas comunidades, teriam os agentes comunitários preparo adequado e suporte para desenvolvê-los? As alternativas que preencheriam as lacunas apontadas na capacitação e suporte ao desenvolvimento das ações dos ACS poderiam dar conta do enfrentamento à tensão criada pela situação referida?

Considerando as competências pressupostas para o trabalho do agente comunitário de saúde e a complexidade do trabalho em promoção da saúde, as questões aqui apresentadas conformam a hipótese de que, se de um lado há perspectivas sobre o potencial de trabalho do agente comunitário de saúde na promoção da saúde, de outro, há limitações para a atuação desses profissionais.

Esta pesquisa visa sistematizar um processo de reflexão e problematização da realidade com o grupo envolvido objetivando produzir um conhecimento que possa instrumentalizar os processos de formação e educação permanente dos mais de duzentos mil Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.

2 – OBJETIVO

2.1 – OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção do agente comunitário de saúde sobre Promoção da Saúde a partir de sua formação e de sua prática.

2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 – Caracterizar o perfil do agente comunitário de saúde, segundo suas condições sócio-demográficas.

2.2.2 – Caracterizar o processo de formação do agente comunitário de saúde em relação às suas atribuições e à complexidade da promoção da saúde.

2.2.3 - Analisar a percepção do agente comunitário de saúde em relação ao conceito e às ações desenvolvidas na Promoção da Saúde.

2.2.4 – Discutir as possibilidades e limitações da atuação do agente comunitário de saúde frente à complexidade do desenvolvimento de ações de promoção da saúde e ao seu processo de formação e capacitação.

3 – METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa embasada na vertente qualitativa, utilizando o método da pesquisa participante. No âmbito desta, foi utilizada, especificamente, a **pesquisa-ação** participante.

3.1 –CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

Para discutir a possibilidade de utilização da pesquisa-ação nesse estudo sobre as ações de promoção de saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, julgamos necessário, primeiramente, uma definição sobre o método.

É importante distinguir a pesquisa-ação da pesquisa participante. A pesquisa-ação pode ser considerada como um tipo de pesquisa participante. Na pesquisa participante, os pesquisadores participam do contexto investigado, estabelecendo relações comunicativas com as pessoas e buscando identificar-se com valores e comportamentos do grupo.

Na pesquisa-ação, por sua vez, o pesquisador não só participa do contexto investigativo, como acaba por fazer parte dele, conformando, com o grupo onde se insere, um outro grupo que vai identificar os problemas a serem investigados e as ações que podem solucioná-los.

THIOLLENT, estudioso do método, propõe o conceito de pesquisa-ação posicionando o papel do pesquisado e dos participantes da pesquisa:

“Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (THIOLLENT, 2000)

Para CUNHA (1986), a pesquisa-ação é categorizada na linha interpretativista, pois nela as interpretações da realidade observada e as ações transformadoras são objetos de deliberação, deixando clara sua contraposição à linha positivista.

Portanto, os pesquisadores têm papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e avaliação das ações, organizando assim sua ação. Isso por consequência faz com que na pesquisa-ação seja importante definir com precisão a ação, seus agentes, seus objetivos e obstáculos (CUNHA, 1986).

Para essa autora,

“ [] a pesquisa-ação é uma forma de experimentação em situação real, na qual os pesquisadores intervêm conscientemente. Os participantes não são reduzidos a cobaias e desempenham um papel ativo. As variáveis, de seu lado, não são isoláveis, posto que todas elas interferem no que está sendo observado. Portanto, assim como nas outras pesquisas da linha interpretativista, a substancialidade dos pesquisadores não é total, pois o que cada pesquisador observa e interpreta nunca é independente da sua formação, de suas experiências anteriores e do próprio ‘mergulho’ na situação investigada” (CUNHA, 1986)

Ainda sobre a conceituação, trazemos a contribuição de TRIPP (2005), para quem a “pesquisa-ação é uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática” (TRIPP, 2005).

Em relação à concepção e organização da pesquisa-ação, é importante ressaltar que, embora não siga um ordenamento rígido de fases a serem seguidas, são propostos alguns passos que podem ajudar na organização da pesquisa, desde que sejam considerados em sua flexibilidade e adequação a cada caso. As etapas propostas por Thiollent têm mais um caráter didático de apresentação do que uma seqüência a ser obrigatoriamente seguida, uma vez que a dinâmica do grupo e as circunstâncias em que a pesquisa se dá vão conformando uma lógica própria de trabalho para cada caso.

Parafraseando PIMENTA (2005), em seu estudo sobre formação de docentes, ao propor esse estudo sobre os agentes comunitários de saúde e a promoção da saúde, a certeza que eu tenho é que quero realizar uma pesquisa **com** os agentes comunitários e não

sobre eles. Assim como essa autora, minha expectativa é a de contribuir nos seus processos de formação contínua.

É essa perspectiva que conduz à escolha da pesquisa-ação como metodologia de caráter formativo e emancipatório.

Enquanto investigação participativa, essa metodologia busca, através do seu processo e dos seus resultados, fortalecer o trabalho dos ACS, contribuindo para o "empowerment" desses sujeitos, em relação ao seu papel e às suas atribuições dentro da Equipe de Saúde e como cidadão.

Utilizando-se dos conceitos de HAGUETE (1985), podemos avaliar esse trabalho em função dos objetivos da pesquisa participante, que são: um processo concomitante de geração de conhecimento por parte do pólo pesquisador e do pólo pesquisado; um processo educativo que busca a inter transmissão e o compartilhamento dos conhecimentos já existentes em cada pólo; um processo de mudança.

FRANCO (2005), citando Lewin, considera a pesquisa-ação como "investigação que caminha na direção de transformação de uma realidade, implicada diretamente na participação dos sujeitos que estão envolvidos no processo, cabendo ao pesquisador assumir os dois papéis, de pesquisador e de participante, e ainda sinalizando para a necessária emergência dialógica da consciência dos sujeitos na direção de mudança de percepção e de comportamento".

O compromisso com a transformação realiza-se na medida em que se estabelece um conhecimento em processo, onde pesquisador e participantes interagem na dialética do processo ensino/aprendizagem, tornando-se ambos sujeitos do conhecimento.

Considerando que a proposta de trabalho não parte do grupo de agentes comunitários e sim desse pesquisador, é importante conceituá-la, segundo Franco (2005) como uma "pesquisa-ação crítica", onde a transformação é percebida como necessária a partir dos trabalhos iniciais do pesquisador com o grupo, decorrente de um processo que valoriza a construção cognitiva da experiência, sustentada por reflexão crítica coletiva, com vistas à emancipação dos sujeitos. Ainda, segundo essa autora, " a pesquisa-ação crítica deve gerar um processo de reflexão-ação coletiva, em que há uma imprevisibilidade nas

estratégias a serem utilizadas”, e por isso torna-se mais desafiante a aplicação desse método no estudo dos agentes comunitários de saúde.

A possibilidade de utilização da pesquisa-ação como pesquisa acadêmica é abordada por TRIPP (2005), para quem essa opção pode ser contemplada, quando adotada em conjunto com a metodologia de estudo de caso, narrativo, que é utilizada para descrever o percurso do projeto e os resultados do mesmo. O autor também chama a atenção para o fato de que na pesquisa-ação tanto os resultados práticos a serem alcançados, como o conhecimento a ser obtido, não são pré-determinados no projeto de pesquisa, simplesmente porque uma característica inerente ao método é a construção coletiva do processo, o que nesse momento inicial do trabalho ainda não aconteceu, e uma vez que “os resultados de cada ciclo determinarão o que acontecerá a seguir e não há como dizer de saída aonde o processo levará” (p. 459).

Para esse autor ainda, as questões investigadas através da pesquisa científica decorrem geralmente de um processo dedutivo a partir de uma teoria. Já na pesquisa-ação os objetivos especificados sempre dizem respeito a uma indagação de como podemos melhorar a prática.

Assim, coloca-se a pertinência da utilização do método para trabalhar com os agentes comunitários de saúde sua percepção e prática em relação à promoção da saúde, tanto para gerar conhecimento como para mudança da prática.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/FSP-USP, com parecer de aprovação em sua 4ª/08 Sessão Ordinária, encaminhado através do Of. COEP/114/08 (ANEXO 1), e submetido também à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do município de São Paulo, tendo recebido parecer de aprovação N° 110/08 – CEP/SMS CAAE N° 0018.162.207-08 (ANEXO 2). O consentimento dos Agentes Comunitários de Saúde para participar da pesquisa foi obtido durante a realização das oficinas nas unidades, após explicitação da justificativa, dos objetivos e da metodologia, garantindo o sigilo em relação à privacidade das pessoas e a liberdade em relação à participação ou não da pesquisa, bem como sua desistência em relação à mesma, a qualquer momento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 3)

foi assinado pelos Agentes no início de cada Oficina, após exposição, leitura e esclarecimento de dúvidas.

3.2 – O DISTRITO ADMINISTRATIVO DO JABAQUARA

A Subprefeitura do Jabaquara conta com 213.899 habitantes e densidade demográfica de 15.184 hab/km². A estrutura etária ainda é de transição demográfica com grande proporção de população jovem, sendo que 42% da população têm menos que 25 anos.

A taxa de urbanização é de 100% e apresenta crescimento populacional negativo. É composto apenas pelo Distrito Administrativo do Jabaquara e apresenta internamente um contraste entre áreas de padrão sócio-econômico desenvolvido e áreas onde a exclusão social predomina, com 87 favelas onde vivem 11% da população do Jabaquara.

O rendimento médio mensal dos chefes de família é de R\$ 1.387,58, semelhante ao do município, porém 52,27% desses chefes têm rendimento de até 5 salários mínimos. Na atividade econômica, observamos a predominância do setor de serviços (43%), seguidos pelo comércio e indústria com 21% cada. O Jabaquara apresenta Índice de Desenvolvimento Social (IDH) de 0,528 e Índice de Exclusão Social (IEX) igual a -0,374 (PMSP/SEMPLA, 2006)

A taxa de analfabetismo geral é de 4,58%, semelhante a do município (4,88). Entre os chefes de família, 5,9% tiveram nenhum ou menos de um ano de instrução e 39,96% completaram o Ensino Médio. O Jabaquara dispõe de 31 equipamentos municipais de educação, desde creche, pré-escola até ensino fundamental, oferecendo 16.201 vagas municipais (PMSP/SEMPLA, 2006)

As principais causas de morte no Jabaquara são em ordem decrescente: Doenças Isquêmicas do Coração; Doenças cerebrovasculares; Pneumonias; Homicídios; e Bronquite, enfisema, asma. É importante ressaltar que até 2001 a mortalidade por homicídio representava a terceira causa geral de morte. Hoje ainda ocupa o primeiro lugar na faixa etária de 15 a 29 anos no sexo masculino (PMSP/SEMPLA, 2006)

A área de assistência social conta com 18 equipamentos municipais (Projetos Acolhe e Convive), com capacidade de atendimento de 1.768 pessoas. Na área de cultura e esporte temos no Jabaquara 02 Bibliotecas, 01 Casa de Cultura/Centro Cultural, 01 Museu/Casa Histórica, 02 Clubes da Cidade (Centros Esportivos), e 02 Clubes Desportivos Municipais (CDMs). A cobertura vegetal da região é de 0,86 Km², e taxa de cobertura vegetal de 4,02 m²/hab, contando com 02 Parques Municipais. (PMSP/SEMPPLA, 2004).

Em relação aos equipamentos de saúde, a região conta com 01 Hospital Municipal (212 leitos SUS) e 04 Hospitais Privados (471 leitos, nenhum leito SUS). Conta também com 07 Unidades Básicas de Saúde municipais. O Programa de Saúde da Família conta com 18 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em duas unidades específicas do programa e em duas unidades com atendimento tradicional, isto é, que além das equipes de saúde da família, presta atendimento com pediatras, ginecologistas e clínicos gerais, sem adscrição de área e famílias a serem atendidas. A taxa de cobertura do PSF é de 10%. Os dados aqui apresentados referem-se a dezembro de 2007. (STS, 2007).

Quadro 1 – Unidades básicas de saúde (UBS) da Subprefeitura do Jabaquara, segundo modelo de atendimento, número de equipes do PSF e número de ACS, julho de 2008

UBS	MODELO/ESTRATÉGIA	Equipes PSF	Nº de ACS
AMA Geraldo S Ferr	Tradicional	-	-
UBS Cid Vargas	Tradicional	-	-
UBS Americanópolis	Tradicional	-	-
UBS Sta Catarina	Tradicional + PSF	6	34
UBS Cupecê	Tradicional + PSF	3	18
UBS Jd Lourdes	PSF	3	18
UBS Vila Clara	PSF	6	36
Total		18	106

Fonte: Supervisão Técnica de Saúde Jabaquara/Vila Mariana

3.3 – AS UNIDADES DE SAÚDE PARTICIPANTES E SEUS TERRITÓRIOS

As unidades de saúde e o território onde estão inseridas guardam grandes semelhanças entre si, em relação ao território e à população atendida, mas obviamente apresentam peculiaridades importantes de serem apontadas. Assim, um breve relato sobre cada uma delas poderá nos ajudar na análise dos resultados.

UBS Vila Santa Catarina

É uma unidade municipal, antiga no bairro, instalada em prédio cuja área física não corresponde às necessidades de organização dos serviços e do atendimento prestado. Funciona com o modelo tradicional de atendimento, com profissionais da área básica - clínico geral, ginecologista, pediatra – e pessoal de enfermagem e administrativo. Conta com psicólogo, nutricionista e assistente social. Em 2001, foram implantadas seis equipes de saúde da família, num processo de difícil adaptação e convivência entre os profissionais inseridos nos dois modelos de atendimento.

A região atendida por essa unidade é marcada por um grande contraste entre área antiga do bairro, onde predominavam casa simples, agora sendo substituídas por prédios, num intenso processo de verticalização; e áreas de habitação precária, constituindo-se em favelas, distribuídas ao longo do córrego Jabaquara (que forma o córrego Águas Espriadas), e de outros córregos do bairro, contornadas por casas e prédios. A população residente na área de abrangência dessa unidade é de cerca de 50 mil pessoas, daí a necessidade e a projeção para implantação de mais duas unidades de saúde, com a estratégia do PSF, para redimensionar o acesso à atenção básica nessa região.

Uma das unidades projetadas, a Vila Campestre, também com PSF, está em vias de ser implantada, e a partir de então, três equipes do PSF da UBS Santa Catarina, passarão para a nova unidade. A segunda unidade prevista, a Vila Canaã, ainda aguarda definição sobre sua implantação.

UBS Waldomiro Pregolato-Cupecê

É uma unidade bastante antiga, da administração estadual e municipalizada em 2001. Desde essa data também foram implantadas três equipes de saúde da família, que cobrem uma parte da área da comunidade que vive nas favelas que acompanham o córrego Águas Espriadas e afluentes, próximos a Unidade de Saúde. Na unidade convivem funcionários com vínculo estadual, municipal e federal e profissionais do PSF, contratados pela entidade parceira, a Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP).

Assim como a área da UBS V.Sta. Catarina, a região atendida pela UBS Cupecê também é um mosaico de áreas de classe média, vivendo em casa simples ou prédios, áreas mais diferenciadas e verticalizadas, com prédios de alto padrão; e áreas de extrema exclusão social, com moradias precárias, construídas sobre o córrego.

A unidade funciona em prédio próprio, com uma boa planta física e de fácil acesso para a população. Além do PSF e das clínicas básica, a unidade conta com assistente social, nutricionista, psicólogos e médico sanitaria.

Há menos de um ano, foi implantada, junto à UBS, uma unidade de Assistência Médica Ambulatorial - AMA, de pronto atendimento, através da construção de um Anexo e da utilização de uma parte do espaço físico da unidade.

A diminuição do espaço físico, com a implantação do novo serviço, afetou as atividades coletivas, como grupos educativos, reuniões de equipe e treinamentos, e o atendimento individual, em consultórios, com a diminuição dos espaços físicos antes destinados a essas atividades, tanto pelas equipes do PSF como pelos demais profissionais da unidade.

UBS Jardim Lourdes

As três equipes, que atendem essa área foram implantadas desde 2001, como equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na UBS Geraldo S. Ferreira, que abrangia a área do Jd Lourdes. Desde então já havia a previsão da implantação de uma unidade com seis equipes PSF para atender os bairros do Jd Lourdes e Vila do Encontro. A atual unidade foi implantada em 2007, transformando as três equipes em PSF e no final de 2008 foi autorizada a implantação de mais três equipes.

A unidade funciona em prédio alugado, amplo, adaptado para as atividades desenvolvidas, com espaço para atividades coletivas, como reuniões, treinamentos, grupos educativos e de atividades físicas. Sua localização é de fácil acesso para a comunidade a que atende.

UBS Vila Clara

Implantada em 2005, a unidade guarda uma história de luta da comunidade que remonta décadas. Nos anos de 1980, fruto da mobilização da comunidade, iniciou-se a construção da unidade de saúde, através do Programa Metropolitano de Saúde, mas com problemas financeiros e desentendimentos entre o governo estadual e a construtora, a obra foi paralisada. A comunidade mobilizada foi à luta, mas após anos de abandono, o prédio inacabado foi tomado por famílias sem moradia, e com a omissão do estado, ali permaneceram. Em 2001, com a implantação do PSF pelo governo municipal, a proposta levada junto à comunidade foi a de implantar uma unidade do PSF em prédio alugado, de imediato, até o governo estadual retomar e concluir as obras da unidade. Por fim, a unidade do PSF foi implantada, com 06 equipes de saúde da família, em prédio amplo e reformado.

Recentemente, uma parte da área física da unidade foi utilizada para implantação de uma unidade de Assistência Médica Ambulatorial – AMA. Também, nesse caso, a diminuição do espaço físico utilizado pelo PSF prejudicou a organização do trabalho e as atividades desenvolvidas pelas equipes.

A Vila Clara situa-se na extremidade do Jabaquara e caracteriza-se por ser uma área de exclusão social, com presença de favelas e habitações precárias, em área bastante acidentada. Durante muitos anos, a única presença do estado foi a creche municipal, onde a comunidade se aglutinava em torno de reivindicações para melhorias no bairro, como a construção da unidade de saúde, a construção de praças e áreas de lazer, calçamento de ruas, segurança, transporte entre outras.

3.4 – O CAMINHO PERCORRIDO

O trabalho foi desenvolvido na Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana/Jabaquara, no período de julho a dezembro de 2008, na área da Subprefeitura do Jabaquara, envolvendo os Agentes Comunitários de Saúde das Unidades Básicas de Saúde do Jabaquara que utilizam a estratégia do Programa de Saúde da Família, exclusivamente ou compondo com o modelo tradicional de atendimento, quais sejam: UBS Vila Santa Catarina, UBS Waldomiro Pregnolato-Cupeçê, UBS Jd Lourdes, UBS Vila Clara.

3.4.1 - Adequação da Pesquisa-Ação ao Cenário dessa Investigação

Ao propor a pesquisa-ação participante para abordar o tema em estudo deparamo-nos com um importante desafio: como reconstruir coletivamente os passos para a definição do desenho da pesquisa-ação.

A idéia foi então, a partir da apresentação do objeto e dos objetivos da pesquisa, e de uma proposta inicial do desenho da pesquisa, construir, em conjunto com os participantes, o trabalho propriamente dito, tendo como base os passos propostos por THIOLENT, quando trata da concepção e da organização da pesquisa-ação, fazendo, porém, as adaptações necessárias.

Para melhor alicerçar a proposta inicial do desenho da pesquisa, no Quadro 2 procurou-se traçar um paralelo entre os passos desse desenho inicial e os passos sugeridos por THIOLENT (2000).

Quadro 2 – Adequação da pesquisa-ação ao cenário da investigação

Passos da Pesquisa-ação (Thiollent)	Pesquisa Promoção da Saúde-ACS
Fase exploratória: conhecer a situação	Constituição do Grupo de Representantes Reunião para apresentação e discussão da pesquisa-ação Definição do tema
O tema da pesquisa: sobre qual assunto pesquisaremos?	
Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa – como trabalhar com a representatividade qualitativa.	
A colocação dos problemas: da situação que temos à situação que queremos	Oficinas de Reflexão nas UBS: A Promoção da Saúde e o Trabalho do ACS
Coleta de dados: as entrevistas e grupos focais como técnicas possíveis	
Aprendizagem: o processo participativo gerando empoderamento	
Saber formal/saber informal: estabelecendo a comunicação e a intercomunicação no grupo	
O lugar da teoria: sobre qual alicerce construiremos o trabalho?	Oficinas de Sistematização com o Grupo de Representantes dos ACS
Hipóteses: que explicação nos sugere a situação a ser modificada?	
Saber formal/saber informal: estabelecendo a comunicação e a intercomunicação no grupo	
Plano de ação: o que precisa ser feito (ou transformado) para solucionar o problema identificado	
Seminário: espaço para discutir e tomar decisões quanto ao processo de investigação.	Seminário
Plano de ação: o que precisa ser feito (ou transformado) para solucionar o problema identificado.	Relatório e Plano de Ação
Divulgação externa: compartilhar conhecimento e fomentar o empoderamento	

Como ressaltamos anteriormente, essas fases não são rígidas e nesse trabalho foram feitas várias adequações durante o percurso.

3.4.2 -O Desenho da Pesquisa

A partir desse desenho inicial, a construção da idéia da pesquisa-ação se deu junto aos atores envolvidos, a partir da gerência regional, gerência local, membros das equipes do PSF e, finalmente, os Agentes Comunitários de Saúde.

O desenho da pesquisa, acordado com os atores envolvidos, está resumido nas seguintes etapas:

A – Constituição do Grupo de Representantes de ACS

B – Realização de Oficinas de Reflexão em cada uma das Unidades com participação do conjunto de ACSs dessas unidades.

C – Oficinas de Trabalho com o Grupo de Representantes dos ACS

D - Seminário “O trabalho dos Agentes Comunitários na Promoção da Saúde”

E – Plano de ação

3.4.3 -Constituição do Grupo de Representantes dos ACS

A proposta de trabalho foi atuar com um grupo de Agentes Comunitários de Saúde, representativo das Unidades envolvidas e, a partir dele, desenvolver a pesquisa junto ao conjunto dos agentes dessas quatro unidades.

Para composição do grupo, a proposta inicial foi de quatro agentes representantes de cada UBS, o que conformaria um grupo de doze agentes. Por sugestão de uma das unidades, a proposta foi revista, ficando estabelecido um agente representante de cada Equipe de PSF, de cada unidade, conformando assim um grupo de dezoito agentes, correspondendo às dezoito equipes distribuídas nas unidades: UBS Vila Santa Catarina – 06 ACS; UBS Cupecê – 03 ACS; UBS Jardim Lourdes – 03 ACS; e UBS Vila Clara – 06 ACS.

Outro desafio apresentou-se na forma de constituição do grupo de ACSs. Como seriam indicados: a partir dos próprios agentes, de forma participativa, por de consenso ou eleição; ou por indicação externa ao conjunto dos agentes? Optamos pela segunda alternativa, considerando que os objetivos a serem alcançados requeriam uma reflexão

aprofundada sobre a percepção dos agentes em relação ao seu trabalho, e a indicação de um agente de cada equipe que melhor reunisse as características e o perfil de agente comunitário definidos pelo Programa de Saúde da Família.

Essa opção levou em consideração os critérios propostos por MINAYO (2008) para pesquisa qualitativa, com o propósito de assegurar que o grupo formado detivesse o conjunto das experiências e expressões a serem trabalhadas na pesquisa. Ainda segundo a autora, a composição do grupo de trabalho deve privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer.

Dessa forma, a estratégia adotada foi a de envolver o gerente local, os médicos e as enfermeiras das Unidades na indicação dos agentes que melhor se enquadrassem no perfil de ACS definido pelo Programa, uma vez que esses atores são os que estão mais próximos no dia a dia com os agentes e participam tanto da seleção como da avaliação periódica com esses profissionais.

Ao estabelecer esse critério de indicação, reconhecemos a subjetividade envolvida no processo, já que pressupõe uma avaliação, ainda que não formalizada, para atender aos objetivos do trabalho.

É importante ressaltar também que a participação nesse grupo foi permeada por outras condições, como disponibilidade e concordância do próprio agente indicado para participar, bem como a disponibilidade em relação a seus compromissos com a equipe, com a unidade de saúde e com a comunidade.

3.4.4 – Encontro com Grupo de Trabalho

A primeira reunião foi realizada em 14/08/08, na UBS Jd Lourdes, e teve como objetivo apresentar para o grupo a proposta do trabalho, a finalidade da pesquisa, os objetivos e especialmente a metodologia utilizada, da pesquisa-ação, através da qual o pesquisador e os agentes iriam juntos percorrer um caminho, que passava por um processo de reflexão sobre o trabalho dos agentes em promoção da saúde; que era uma construção coletiva com o objetivo de produzir um conhecimento sistematizado sobre a realidade de

trabalho dos profissionais, suas possibilidades e limitações. Uma proposta detalhada das fases e do cronograma do trabalho foi apresentada aos agentes, contemplando a realização das Oficinas sobre Promoção da Saúde em cada Unidade, as Oficinas com o Grupo de Representantes dos ACS para sistematizar e aprofundar o conteúdo das Oficinas das UBS, e a realização do Seminário Final para divulgação dos resultados. (ANEXO 4). Importante lembrar que esse cronograma foi sendo alterado no decorrer da pesquisa-ação.

A reunião contou com a presença dos 18 ACS e teve a anuência de todos sobre o trabalho a ser desenvolvido. Os depoimentos expressaram a importância da pesquisa, como observamos através dessa fala:

“O projeto é legal. Vem na ponta do Jabaquara, vem pra base, ajudar a divulgar [o trabalho do agente comunitário]. Achei legal, mostrar o [nosso] trabalho”. (ACS)

O grupo manifesta carência de espaços de reflexão da prática e portanto pode constituir-se um canal para o empoderamento.

3.4.5 – As Oficinas de Reflexão nas Unidades

As Oficinas de Reflexão nas unidades tiveram como objetivos a caracterização dos ACS, através do preenchimento de questionário individual, e a reflexão sobre o tema: “Promoção da Saúde – concepção e prática na ótica dos ACS”, através de trabalho em sub grupos; plenária com apresentação dos grupos e discussão do tema.

As Oficinas contaram com expressiva participação dos Agentes Comunitários de Saúde de cada Unidade. A frequência dos agentes nas oficinas, com o respectivo percentual relativo a cada unidade, serão mostrados adiante, quando apresentamos a caracterização dos ACS que participaram da investigação.

A divulgação foi feita através de convite individual impresso, distribuídos a todos os agentes comunitários de cada unidade, e reforçado pelo convite verbal feito pelo pesquisador, pelo gerente da UBS, pelos enfermeiros e médicos das equipes, dependendo

de cada unidade, e pelos representantes dos agentes indicados em cada unidade. Cartazes em tamanho sulfite foram afixados em murais e no livro de ponto das agentes.

De preferência, o local escolhido para a realização dessa atividade foi a própria unidade de saúde ou, nos casos em que isso não foi possível, a escolha recaiu sobre um local próximo e de fácil acesso para todos os agentes.

As Oficinas foram conduzidas pelo pesquisador, com o auxílio de um monitor. A idéia original foi a de que os registros dos conteúdos fossem feitos através de relatórios em papel (sulfite ou pautado); através da construção de painéis (papel tipo cartolina); e através de gravação em fita cassete (para as discussões em plenárias). Esse registro ficou em parte prejudicado devido a alguns motivos. A principal forma de elaboração intelectual dos agentes é a expressão verbal, e eles apresentam dificuldade em registrar, de forma discursiva e mesmo em forma de idéias centrais, palavras-chave e resumos. Constatando essa dificuldade na realização da primeira oficina, passamos a gravar as discussões em grupo e o debate em plenária nas oficinas seguintes.

3.4.6 - Dinâmica das Oficinas de Trabalho

As Oficinas de Reflexão contaram com um roteiro de trabalho, apresentado como proposta acordada com os participantes, cujo conteúdo mostramos a seguir.

Quadro 4 – Roteiro de Trabalho das Oficinas de Reflexão nas Unidades Básica de Saúde

<p>Oficina de Trabalho “A Promoção da Saúde e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde”</p>
<p><u>13 h - Recepção/Apresentação</u> Quem somos nós?</p>
<p><u>13h15 - Introdução</u> Apresentação: Que trabalho é esse? Justificativa: Porque refletir sobre Promoção da Saúde e sobre o Trabalho do ACS? Objetivos: O que queremos saber? Metodologia: De que forma iremos trabalhar?</p>
<p><u>13h30 - 1ª PARTE: Quem são os Agentes Comunitários de Saúde do Jabaquara?</u> Objetivo: Caracterização do Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde Preenchimento de Questionário individual, sem identificação Leitura e anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE</p>
<p><u>14 h - 2ª PARTE: Reflexão sobre a Promoção da Saúde</u> Objetivo: refletir sobre o Conceito da Promoção da Saúde, sobre a Capacitação dos ACS para trabalhar com Promoção da Saúde e sobre a Prática do ACS em Promoção da Saúde.</p>
<p><u>Roteiro para Discussão em Grupo</u></p>
<p><u>14 h - Sub Tema: Conceito de Promoção da Saúde</u> O que entendemos sobre Promoção da Saúde?</p>
<p><u>14h30 - Sub Tema: Capacitação dos ACS para trabalhar com Promoção da Saúde?</u> Que formação/capacitação tivemos em Promoção da Saúde? Foi adequada para o nosso trabalho? Foi suficiente? Que aspectos precisariam ser melhor trabalhados?</p>
<p><u>15 h - Sub Tema: Prática do ACS em Promoção da Saúde?</u> Como é nosso trabalho no dia a dia em relação à Promoção da Saúde? Quais as facilidades para trabalhar com esse tema? Quais as dificuldades? Especificamente em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como tem sido nosso trabalho, pensando na promoção da saúde?</p>
<p><u>16 h - Apresentação dos Trabalhos dos Grupos e Discussão Geral (Plenária)</u></p>
<p><u>17 h - Encerramento</u></p>

No início de cada Oficina foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 3), seguido da leitura coletiva do mesmo e consultando sobre a disponibilidade e concordância dos agentes presentes em participar da pesquisa. Todos os presentes em todas as Oficinas concordaram em participar. Junto com o TCLE foi distribuído o Questionário para Caracterização do Perfil dos ACS (ANEXO 5), que iriam participar da pesquisa, preenchido individualmente pelos próprios agentes. Optamos por utilizar o questionário proposto por ALMEIDA (2008) e SANTOS (2005), em trabalhos semelhantes sobre o trabalho do ACS em Promoção da Saúde.

Após o preenchimento e devolução dos mesmos, os agentes eram convidados a subdividirem-se em grupos, seguindo o roteiro de discussão.

3.4.7 – O Trabalho em cada Unidade

Oficina na UBS Vila Santa Catarina

A Oficina foi realizada em 28/08/2008, na sede da Associação Amigos da Molecada, na Vila Santa Catarina, próximo à unidade de saúde. Essa foi a unidade com maior número absoluto e relativo de participantes. Foi coordenada pela pesquisadora e auxiliada por uma profissional enfermeira, que participara inicialmente da implantação do PSF na região. Os agentes distribuíram-se em três grupos e foram acompanhados pela pesquisadora e a monitora que percorreram os grupos estimulando a discussão, segundo o roteiro proposto. Foram distribuídas folhas de papel para apresentação em flip-chart e canetas tipo piloto para registro das respostas dos grupos e posterior apresentação na plenária. Após a discussão em grupo e breve intervalo para lanche, os agentes reuniram-se em plenária para apresentação de cada grupo e debate. Cada grupo escolheu um relator que expôs as conclusões do grupo, lendo nos cartazes onde registraram a discussão.

Percebe-se a dificuldade dos relatores dos grupos em registrar as discussões e sintetizá-las para apresentação. O registro do debate em plenária foi feito através de gravação em fita cassete, em parte, prejudicado pela falas concomitantes e sobrepostas dos

agentes, diante de questões que os estimulava para a discussão, e em parte por problemas no gravador.

Oficina na UBS Cupeçê

A oficina foi realizada na sala de reunião da própria unidade de saúde, tanto a discussão em grupo como o debate em plenária. Contou com a coordenação da pesquisadora e o auxílio de uma monitora, profissional da saúde e doutoranda da FSP/USP. Nessa oficina optamos pelo registro das discussões em grupo através relatório em papel, realizado por um relator em cada grupo, e também pela gravação em fita cassete. A pequena área física desse espaço prejudicou a discussão em grupo e sua gravação, com as falas de um grupo interferindo no outro. Na plenária, os grupos apresentaram os relatos de suas discussões; a partir deles e com o estímulo dos coordenadores, os temas foram debatidos em plenária, sendo gravado em fita cassete.

Oficina na UBS Jardim Lourdes

A oficina foi realizada na sala de reunião (auditório) da própria unidade e foi conduzida pela mesma equipe anterior, ou seja, a própria pesquisadora e a monitora, doutoranda da FSP/USP. Também foram constituídos dois grupos, que apresentaram na plenária o resultados de suas discussões, sendo os temas então debatidos pelo conjunto dos agentes presentes, com o estímulo dos coordenadores da oficina. Apesar do espaço amplo do auditório onde foram realizados os grupos, a proximidade física de ambos e a fala exaltada dos participantes prejudicaram a gravação. O mesmo ocorreu com o registro em áudio da plenária, onde as pessoas manifestavam-se ao mesmo tempo, prejudicando a transcrição do seu conteúdo.

Oficina na UBS Vila Clara

A oficina aconteceu no salão da sede da Igreja Espírita da Vila Clara, cuja administradora é uma Agente Comunitária de Saúde da área. O fato desse espaço não ser localizado tão próximo da unidade não foi impedimento à participação dos agentes, que tiveram uma presença bastante expressiva no evento. Por outro lado, não foi possível contar com seis agentes de uma das equipes devido à atividade previamente agendada com o CREN – Centro de Recuperação e Educação Nutricional, da UNIFESP, que atua na região, em parceria com a unidade, no atendimento e acompanhamento de crianças desnutridas. A oficina foi coordenada pela pesquisadora, com o auxílio de uma profissional assistente social, também participante da implantação inicial do PSF na região.

3.4.8 – As Oficinas de Sistematização com o Grupo de Representantes dos ACS

Essas oficinas tiveram como objetivo a sistematização e análise dos conteúdos produzidos nas Oficinas de Reflexão, segundo o referencial teórico, e foram coordenadas pela pesquisadora. Foram realizadas cinco oficinas de sistematização dos temas conceito, formação/capacitação, prática, e possibilidades e limitações (ou dificuldades/desafios).

O material básico de trabalho foram os Relatórios das Unidades, documentos elaborados pela pesquisadora, com os conteúdos das Oficinas de Reflexão realizadas nas quatro unidades de saúde participantes da pesquisa-ação, que consistiu dos relatórios escritos dos grupos de discussão e do conteúdo da transcrição das gravações, tanto dos grupos (quando foi gravado) e dos debates em plenária.

É importante informar que, em decorrência de problemas gerenciais ocorridos na UBS Jardim Lourdes, as três agentes dessa unidade que compunham o Grupo de Representantes não participaram das Oficinas de Sistematização, ficando assim prejudicada a contribuição dessa unidade para o conjunto de resultados produzidos nessas oficinas. Por

outro lado, o conteúdo produzido na Oficina de Reflexão realizada na unidade, pode ser resgatado e analisado junto aos relatórios das oficinas realizadas nas demais unidades.

a) **Oficina: Análise do Conteúdo Relativo ao Conceito de Promoção da Saúde**

A oficina foi realizada no dia 07/10/08 e teve como objetivo sistematizar e refletir sobre o conceito de Promoção da Saúde, utilizando os Relatórios das Unidades.

Inicialmente foi feita uma exposição sobre a forma de trabalho dessa oficina, que foi a de trabalhar a construção e a desconstrução do conceito de Promoção da Saúde.

Para trabalhar a construção e a desconstrução do conceito, foi apresentado o quadro “Desconstruindo a definição de Promoção da Saúde” (ANEXO 6), identificando: a) a **fonte** (de onde veio a definição ou quem falou sobre isso?); b) as **atividades, programas , políticas** (o que vai ser feito para a Promoção da Saúde, ou o que deve ser feito para atingir a Promoção da Saúde); c) os **processos** (como eu vou fazer para atingir a Promoção da Saúde); d) os **objetivos intermediários e instrumentais** (o que eu preciso atingir ou alcançar primeiro para obter o resultado final?); e) e por fim as **metas e resultados finais** (onde eu quero chegar lá na frente, ou qual o resultado final que eu espero obter?).

Foi explicado que não necessariamente os agentes iriam encontrar nos relatórios conteúdos referentes à todas as partes do conceito, e que essa era uma forma didática de refletir sobre o conceito de Promoção da Saúde.

Os agentes foram agrupados por unidade e cada grupo recebeu o relatório da sua unidade. Como nessa oficina não houve representante da UBS Jd Lourdes, o relatório da oficina realizada nessa unidade não foi analisado pelos grupos. A tarefa inicial consistiu na leitura do texto e a partir desse documento os agentes deveriam identificar os conteúdos relativos à definição do que é promoção da saúde. Cada grupo recebeu tarjetas de papel, onde anotavam as palavras chaves, expressões ou frases que identificassem o conceito de Promoção da Saúde. Essa tarefa instigava o grupo sobre a discussão do conceito, que, por sua vez, estimulava-os à elaboração de novas formulações, ainda que verbais, sobre o tema. Mas, seguindo a metodologia adotada, era feito apenas o registro do que era identificado no relatório impresso, resultado das oficinas das unidades.

Foram confeccionados cinco painéis, um para cada parte “desconstruída” do conceito, e fixadas em uma das paredes da sala, onde os agentes fixavam as tarjetas conforme se referissem a cada parte do conceito.

Para cada parte foi adotada uma cor específica para facilitar sua identificação, tanto no preenchimento das tarjetas, como na identificação dos painéis. Após o preenchimento dos painéis, tivemos então um possível conceito de Promoção da Saúde, construído coletivamente a partir do conteúdo das oficinas das unidades, ao qual denominamos “Construindo o conceito de Promoção da Saúde” (ANEXO 7).

A etapa seguinte consistiu em apresentar alguns conceitos de Promoção da Saúde, na forma cursiva e na forma desconstruída, comparando com o conceito construído pelo grupo. Os conceitos trabalhados foram apresentados no quadro “Definições de Promoção da Saúde” (ANEXO 8), e que destacamos a seguir:

OMS (1996): **Processo** de capacitação dos indivíduos e coletividades **para** identificarem os fatores e condições determinantes da saúde e exercerem o controle sobre eles, **de modo a garantir** a melhoria das condições de vida e saúde da população.

PAULO BUSS (2000): **Atividades** dirigidas à indivíduos, **focando** nos seus estilos de vida com vistas à **transformação** dos comportamentos dos indivíduos.

PAULO BUSS (2000): **Atividades** voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente (ambiente físico, social, político, econômico e cultural) **através de** políticas públicas e condições favoráveis, **através de** desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades, **para** melhorar os níveis de saúde e **atingir** assim melhor qualidade de vida, considerando o amplo espectro de fatores que a ela estão condicionados.

CARVALHO E OUTROS (2004): **Conjunto** de conceitos e práticas para a **construção** da autonomia e da equidade que visam à saúde e à qualidade de vida.

AKERMAN E OUTROS (2004): Práticas sociais entre sujeitos, através da cooperação, solidariedade, transparência, e através da percepção da interdependência entre indivíduos, organizações e grupos populacionais, que **tem por objetivo** alcançar novos caminhos éticos para a sociedade **para atingir** melhores níveis de saúde.

Ainda trabalhando o conceito, destacamos o da OMS para melhor entender o significado de “**capacitação das coletividades**”, conforme apresentado na Carta de Ottawa (1986), chamando a atenção a dois possíveis sentidos para sua operacionalização:

1 - “Um mais voltado para a melhoria das condições objetivas de vida, por meio da participação na formulação de políticas públicas saudáveis que lhes permitissem alcançar funcionalidades elementares, tais como alimentar-se, obter abrigo, saúde”.

2 - “E outro mais subjetivo, relacionado à capacitação para alcançar funcionalidades que envolvem auto-respeito, integração social, capacidade para participar da vida social e outras”.

Outro aspecto trabalhado foi em relação aos princípios da promoção da saúde, abordados na Carta de Ottawa e nas conferências sobre promoção da saúde, conforme destaca WESTPHAL (2006): equidade, participação social, intersetorialidade e sustentabilidade. Entendemos que esses princípios devem nortear as ações de promoção da saúde desenvolvidas tanto no micro-território, onde os profissionais de saúde atuam, como as que são estabelecidas por políticas amplas políticas públicas.

Nesse sentido, chamamos também a atenção para a proposta de ampliação da ação para a promoção da saúde, contextualizada na Carta como “o estabelecimento de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes de apoio à Promoção da Saúde (cidades, escolas, ambientes de trabalho, praças, parques ecológicos e outros); o fortalecimento da

ação comunitária; e a reorientação dos serviços de saúde no sentido de sua produção social”.

Por fim, para reforçar a importância da intersetorialidade contrapondo-se às limitações do setor saúde, lembramos que os compromissos firmados para a implementação da Promoção da Saúde nas demais Conferências que se seguiram à de Ottawa, extrapolam o setor e exigem parcerias com outros setores do governo e da sociedade” (WESTPHAL, 2007). O quadro final, com o conceito construído coletivamente, foi digitado e apresentado na Oficina de 29/10, com a denominação “Construindo a definição de Promoção da Saúde”, como informado anteriormente (ANEXO 7). O conteúdo desse quadro foi trabalhado pela pesquisadora, com reclassificação das partes desconstruídas do conceito, sendo denominado então de “Reconstruindo a definição de Promoção da Saúde” (ANEXO 9). A partir da apresentação, retomamos a discussão do conceito, reafirmando os conceitos já elaborados e os construídos pelo grupo de agentes e pesquisadora.

b) Oficina: Análise do Conteúdo Relativo às Práticas de Promoção da Saúde.

O trabalho desenvolvido nessa oficina, realizada em 16/10/08, também tomou como base os Relatórios das Unidades. A dinâmica de trabalho consistiu em trabalhar em grupo por unidade, e a partir da leitura dos relatórios, identificar as ações e atividades realizadas pelos agentes comunitários, caracterizando a prática do ACS.

Para auxiliar a identificação dessa prática e cotejando com o que é previsto como perfil profissional dessa categoria, foi apresentado um formulário, contendo as cinco competências que constituem o “Perfil de Competências do Agente Comunitário de Saúde”, definidas pelo Ministério da Saúde, e as respectivas habilidades para cada uma delas (MS, 2004). Esse formulário foi utilizado por ALMEIDA (2008) e por SANTOS (2005), em estudo sobre o trabalho do ACS (ANEXO 11).

Cada grupo recebeu um Formulário, que constituiu em referência para classificar as ações e atividades, a medida em que eram identificadas no Relatório das Unidades. A classificação era feita, identificando com uma letra de A a E, correspondendo a cada competência, e dentro dessa, com o número correspondente a cada habilidade relacionada à ação/atividade, seguindo a classificação do Formulário. A partir da identificação e da classificação, as ações e atividades eram anotadas em tarjetas de papel tipo cartolina e colocadas em painéis, um para cada competência. Terminada a construção dos painéis de cada grupo, foram afixados em uma das paredes da sala de trabalho para leitura e análise conjunta. O conjunto dos painéis produzidos pelos grupos constituía no quadro consolidado da prática dos agentes das unidades do PSF.

O Formulário, por trazer as competências e habilidades de forma sistematizada e detalhada, estimulou nossa reflexão sobre a prática, o que era realizado e o que não era, trazendo já à tona, as dificuldades e limitações do trabalho do ACS. Mas, por outro lado, os participantes tiveram dificuldade de classificar as ações e atividades, tanto em relação às competências, como em relação às habilidades. Assim, as ações/atividades foram classificadas segundo as cinco competências e uma pequena parte delas classificadas também quanto às habilidades.

Nosso trabalho conseguiu, portanto, produzir parcialmente o resultado esperado, o qual era classificar as ações/atividades segundo o detalhamento das habilidades referidas para o perfil profissional do ACS, dentro de cada competência, tendo como referência o Formulário. Retomamos, então, a discussão sobre as habilidades/competências. Trabalhando em grupo, por unidade de saúde, os participantes responderam no próprio Formulário “SIM” ou “NÃO” para cada habilidade descrita.

O conteúdo dessa Oficina foi sistematizado em dois Quadros. O Quadro “Atividades desenvolvidas pelos ACS- Sistematização dos conteúdos das Oficinas” (ANEXO 10), onde as ações/atividades são apresentadas por unidade de saúde e classificadas segundo as cinco competências, a partir do conteúdo das Oficinas realizadas em cada unidade de saúde. Devido à dificuldade relatada anteriormente, não foi possível classificá-las, segundo o detalhamento das habilidades. E o Quadro “Formulário de

Atividades do Agente Comunitário de Saúde – Preenchido pelo Grupo de Representantes”, com o preenchimento de sim ou não, a partir da discussão do Grupo de Representantes de ACS (ANEXO 11).

Esses quadros foram reapresentados na Oficina do dia 29/10.

c) Oficina: Análise do conteúdo relativo à formação/capacitação dos ACS; Sistematização dos conteúdos sobre o conceito e a prática dos ACS na Promoção da Saúde

A oficina ocorreu no dia 29/10/08. Na primeira parte, retomamos a discussão sobre o conceito de Promoção da Saúde na análise dos Quadros “Construindo a nossa definição de Promoção da Saúde” e “Reconstruindo a nossa definição de Promoção da Saúde”.

Os agentes receberam, em impresso, os dois quadros como resultado do trabalho realizado na primeira oficina, e para subsidiar o debate, foi reapresentado o conteúdo teórico, através de projeção em tela.

Num segundo momento da oficina, foi apresentado o consolidado do trabalho referente à prática do agente comunitário na Promoção da Saúde, através dos Quadros “Atividades desenvolvidas pelos ACS”, e “Formulário Preenchido de Atividades do Agente Comunitário de Saúde”, que foram analisados pelos participantes, buscando corrigir ou complementar o conteúdo conforme julgassem necessário.

Por fim, na terceira parte da oficina, abordamos a questão da formação/capacitação dos agentes comunitários.

Um dos objetivos dessa pesquisa-ação foi caracterizar o processo de formação/capacitação dos ACS e para auxiliar nessa tarefa, buscamos nas oficinas identificar a percepção dos agentes comunitários em relação ao tema, além da pesquisa documental e institucional.

Na análise do Relatório das Unidades, constatamos que o conteúdo relativo à formação/capacitação apareceu com menor densidade, tanto nos grupos como no debate em

plenária. Por outro lado, esse conteúdo vem à tona identificando mais os pontos de estrangulamento do processo, do que caracterizando o mesmo em relação à adequação e suficiência da formação/capacitação que os agentes tiveram e quais aspectos precisariam ser trabalhados de forma melhor para se alcançar uma aprendizagem significativa.

Esse ponto também foi levantado durante as oficinas de sistematização anteriores, quando da leitura do Relatório e do debate sobre o conceito de Promoção da Saúde e a prática dos agentes comunitários. Assim, optamos nessa oficina por consolidar, através do debate aberto, as impressões dos agentes sobre o processo de formação/capacitação.

Optamos também por iniciar nessa oficina a reflexão e a sistematização relativas às dificuldades e limitações no trabalho do ACS em Promoção da Saúde, que incluem as questões referentes a formação/capacitação e ao processo de trabalho dos agentes.

Para essa tarefa, foi elaborado previamente um “Documento/Resumo”, a partir do Relatório das Unidades, identificando os diferentes pontos destacados durante as Oficinas das Unidades e seus respectivos conteúdos, procurando identificar as dificuldades ou limitações no trabalho dos ACS em promoção da saúde. O documento foi analisado em grupos, por unidade e, em seguida, debatido com o conjunto dos participantes, reproduzindo de certa forma os debates ocorridos nas Oficinas das Unidades e reafirmando o seu conteúdo.

d) Oficina: Identificação das Possibilidades e Limitações

Realizada em 19/11/2008. A partir do “Documento/Resumo” analisado na oficina anterior, foi apresentado ao Grupo o Quadro “O trabalho dos ACS na Promoção da Saúde – Dificuldades e Possibilidades de Superação”, como proposta para discussão nessa oficina. O quadro, composto de duas colunas, apresentava, de um lado, os pontos referentes às dificuldades e limitações do trabalho, discutidos na oficina anterior. E do outro lado, o espaço para apresentação de propostas referentes às possibilidades de superação dos problemas levantados. O Grupo analisou e discutiu os pontos apresentados como dificuldades, propondo correções e adequações necessárias. Já em relação à elaboração de

propostas, a construção do grupo foi insuficiente, trazendo poucas contribuições, e decidiu-se continuar esse trabalho na oficina seguinte.

e) Oficina: Preparação da Apresentação no Seminário

Realizada em 04/12/2008. Para essa oficina, foi apresentada pela pesquisadora uma contribuição referente às possibilidades de superação dos problemas levantados, documento elaborado a partir dos Relatórios das Unidades e das Oficinas de Sistematização com o Grupo de Representantes das Unidades. As propostas foram analisadas e discutidas, e assim incorporadas como resultado do trabalho.

Esse momento da preparação reafirmou a construção coletiva do trabalho, tomando em conjunto as decisões sobre a organização do seminário e, principalmente, a participação dos agentes na apresentação dos resultados durante o evento. Assim, enquanto um grupo de agentes ficou responsável pela recepção, outros se dividiram para fazer a abertura; a apresentação do tema referentes à concepção e prática dos agentes na Promoção da Saúde; a apresentação do tema referente aos desafios e propostas para o trabalho em Promoção da Saúde; e a coordenação da discussão e aprofundamento de propostas e encerramento do evento. O conteúdo dessas apresentações foi o próprio resultado das oficinas, sistematizado pelo Grupo de Representantes dos ACS. A proposta de apresentação através do aplicativo *Power Point* foi elaborada pela pesquisadora, a partir do conteúdo sistematizado pelo grupo, após análise e adequações, constituiu-se na apresentação do tema em questão (ANEXO 12).

A divulgação do evento foi feita através de convites individuais e cartazes e contou com o apoio dos próprios agentes e da direção das unidades na mobilização dos profissionais. Foram convidadas as equipes de saúde e demais profissionais de saúde conforme disponibilidade e conveniência em relação ao atendimento na unidade, já que o evento ocorreria em dia e horário normais de trabalho.

3.4.9 - Seminário “A Promoção da Saúde e o Trabalho dos Agentes Comunitários do Jabaquara”

A realização do Seminário teve por objetivo divulgar o resultado do trabalho nas Oficinas para o conjunto dos Agentes Comunitários de Saúde e gerentes envolvidos no Programa de Saúde da Família, apontando para o desenvolvimento de um plano de ação/intervenção sobre os aspectos relevantes a serem modificados na prática dos agentes.

O Seminário foi realizado em 11/12/2008, no auditório do SENAC Jabaquara, com a participação de 60 pessoas, entre elas, os agentes comunitários das unidades de saúde do Jabaquara; gerentes de unidades; representantes do SENAC; agentes comunitários da UBS Milton Santos, unidade da subprefeitura da Vila Mariana, que trabalha com a estratégia da Saúde da Família; funcionários da UBS Americanópolis.

A recepção do Seminário foi organizada pelas agentes comunitárias Lúcia Helena Akemi (UBS Vila Clara); Neusa Francisca de S Borges (UBS Cupecê) e Sílvia Regina da Silva Raimundo (UBS Vila Clara).

A abertura do evento foi feita pela pesquisadora, contextualizando o seminário como parte do projeto de pesquisa-ação, desenvolvido coletivamente com os agentes comunitários de saúde do Jabaquara, e pela agente comunitária Ana Cláudia S. Fernandes, da UBS Vila Santa Catarina, abordando, do ponto de vista dos ACS, a importância do trabalho realizado. Os agradecimentos e a justificativa de ausência da supervisora técnica de saúde da região também foram nesse momento abordados.

A Programação do evento contou, numa primeira parte, com a apresentação realizada pelos agentes comunitários sobre os resultados do trabalho da pesquisa-ação, sobre o tema “O trabalho dos ACS em Promoção da Saúde – Concepção e Prática”, desdobrado em dois subtemas. A agente comunitária Maria Cristina Ferreira Claudino (UBS Vila Clara) apresentou o sub tema “Conceito de Promoção da Saúde” e as agentes Maria José Batista dos Santos (UBS Vila Clara) e Maria Lúcia de Lima Gaudêncio Ribeiro (UBS Vila Santa Catarina), o sub tema “Ações de Promoção da Saúde”.

O tema “Desafios e propostas para o trabalho em Promoção da Saúde” foi apresentado pelas agentes comunitárias Lucimar Vidal S. de Oliveira (UBS V Sta Catarina), Vanderli C. Santos (UBS Cupecê), Rosângela do Rosário Cruz de Souza (UBS Vila Clara), e Solange Maria C. dos Santos (UBS Vila Clara).

Na seqüência tivemos a apresentação da palestra “A Promoção da Saúde” e o PSF”, proferida pela Professora Cláudia Maria Bógus, da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Na segunda parte, duas palestras compuseram a programação: “Cuidando do Cuidador”, abordada pela Professora Ana Cristina Passarela Bretas, do Departamento de Enfermagem da UNIFESP; e “Redes Sociais como estratégia para o trabalho em Promoção da Saúde”, abordada por Elizabeth Kuhnen, Técnica do SENAC Jabaquara.

O encerramento foi feito pela pesquisadora e pela agente comunitária Rosângela do Rosário Cruz de Souza, da UBS Vila Clara.

Além das agentes que apresentaram os temas durante o evento, contamos também com o apoio das demais agentes do Grupo de Representante na organização do Seminário: Rosa Maria Rodrigues de Domenico (UBS V. Santa Catarina), Sueli de Oliveira Silva (UBS V. Santa Catarina), Cláudia Pereira da Silva (UBS V. Santa Catarina), Gildete Pedro de Lima Silva (UBS Cupecê).

A Programação completa do evento encontra-se no ANEXO 13.

3.4.10 – Plano de Ação

Nessa parte do trabalho a proposta é a elaboração do Relatório Final para registro do trabalho e continuidade do mesmo, subsidiando uma proposta de intervenção. Esse Relatório encontra-se em fase de conclusão para ser apresentado em cada unidade e discutido com as equipes de saúde da família, com os gerentes das unidades e com a supervisão técnica de saúde da região.

O Plano de Ação é parte desse relatório e contempla as propostas apresentadas em relação às potencialidades e limitações/desafios que emergiram dos discursos dos Agentes Comunitários de Saúde, no processo de reflexão e sistematização das oficinas realizadas em relação às ações em Promoção da Saúde.

Resgatando as reflexões de TRIPP (2005) sobre os ciclos pesquisa-ação, o Plano de Ação corresponderia ao ciclo “implementação da mudança da prática”, ao que se seguiria o ciclo de “avaliação”.

Como proposta para o Plano de Ação, recuperamos os conteúdos destacados nas oficinas e seminário para constituírem-se em temas a serem trabalhadas com as equipes de saúde da família (Quadro 5).

A proposta é eleger o espaço de trabalho das equipes de saúde, através de suas reuniões diárias de planejamento das atividades e das reuniões periódicas de avaliação do trabalho, para trabalhar os temas identificados pelos os agentes comunitários. A investigação mostrou que é nesses espaços que os agentes podem e devem desenvolver, junto com a equipe e através da prática reflexiva e criadora, ferramentas para lidar com os problemas que emergem no trabalho vivo.

Quadro 5 - Temas a serem trabalhados no Plano de Ação

Categoria	Estratégia	Idéia Central
Trabalho em equipe Gestão do Cuidado	Construção coletiva e participativa do plano de cuidados (individual/coletivo)	Interdisciplinariedade
Trabalho intersetorial	Atuação sobre os determinantes sociais da saúde Trabalho em rede	Equidade/Cidadania Políticas Públicas Saudáveis
Ações educativas	Metodologia problematizadora - construção do conhecimento	Autonomia Empoderamento
Participação / Mobilização da comunidade	Atuação nos espaços institucionais e espaços/ movimentos autônomos	“Empowerment” comunitário
Suporte Emocional	Supervisão periódica direcionada à equipe de saúde da família	Integralidade
Organização do trabalho	Flexibilidade na distribuição das atividades individuais e coletivas	Autoplanejamento e auto-organização
Capacitação/Formação	Inclusão no Processo de Formação Técnica	Qualidade no trabalho
Condições de Trabalho	Adequação em relação a questões salariais, contratação de pessoal, e carreira profissional	Reconhecimento Profissional

Consideramos que a metodologia da pesquisa-ação, utilizando a prática reflexiva e problematizadora, é adequada para a continuidade do trabalho, levando em consideração os ciclos iterativos que caracterizam o método, o que TRIPP (2005) chama de “epiciclos” de pesquisa-ação, por referir-se aos vários ciclos de investigação-ação necessários a cada fase da pesquisa, o que inclui o planejamento do plano de ação e sua implementação.

Propomos inicialmente, como caminho a ser percorrido nesse novo ciclo da pesquisa-ação, oficinas de trabalho com os diferentes atores envolvidos nas ações de

Promoção da Saúde no Programa de Saúde da Família, para sensibilização dos trabalhadores em relação aos temas levantados (Quadro 6).

Na seqüência, o trabalho a ser realizado é a supervisão técnica das equipes de saúde da família, entendendo a supervisão como o apoio ao trabalho das equipes, através da metodologia reflexiva/problematizadora (FREIRE, 2008), realizada de forma periódica e sistemática, e na perspectiva do “empowerment” dos sujeitos envolvidos.

Quadro 6 - Metodologia de trabalho no Plano de Ação

Atividade	Conteúdo
Oficinas com Agentes Comunitários de Saúde nas UBS	Apresentação do Relatório Final Avaliação do trabalho realizado Reflexão sobre e proposta de desenvolvimento do Plano de Ação
Oficinas com as Equipes de Saúde da Família na UBS	Trabalho em Equipe Intersetorialidade Ações Educativas Participação/Mobilização da Comunidade Organização do Trabalho Suporte emocional
Oficina com Gerentes das Unidades, Coordenação Regional (gestor do PSF), Instituição “parceira” (gerenciamento do PSF)	Capacitação/Formação Condições de Trabalho
Supervisão Técnica junto às equipes de saúde da família	Temas definidos no Plano de Ação

3.5 – REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO

Ao propormos essa pesquisa-ação sobre promoção da saúde na ótica dos agentes comunitários de saúde, consideramos o quão enorme seria o desafio, tendo em vista o seu objetivo: saber da prática, interrogá-la na visão dos agentes e propor mudá-la; e ao mesmo tempo, através do processo, produzir conhecimento, objetivo da investigação acadêmica, constituindo-se em dissertação.

Apesar de ainda não termos realizado um processo avaliativo da etapa realizada até o momento, a do “planejamento da mudança da prática” (TRIPP, 2005), a participação e o trabalho realizado pelos agentes mostrou que o caminho percorrido trouxe à tona questões, senão inéditas, de relevância e urgentes de serem tratadas.

As oficinas cumpriram seu papel de reflexão sobre o trabalho, o conhecimento teórico subjacente, a formação e aperfeiçoamento profissional, buscando compreender os sentidos da prática profissional dos agentes, mas constituíram-se também em momentos catarse em relação às angústias, frustrações, dificuldades e limitações sentidas no seu cotidiano.

Durante todo o processo, deixamos claro que esse era o primeiro momento do trabalho, o reconhecimento de um contexto, das práticas e das pessoas envolvidas nessa prática, e que a pesquisa-ação, por ser uma forma de investigação-ação, deve ser dar de forma corrente, isto é, repetitiva e em ciclos de implementação de mudanças para a melhoria da prática, de tal forma que o término de um ciclo se constitui no “ponto de partida” do próximo ciclo (TRIPP, 2005). Nesse caso, a continuidade do trabalho seria a abordagem junto às equipes de saúde, dos temas apresentados, conforme apresentado no plano de ação. O espaço das equipes, através de sua agenda de reuniões de trabalho, deve ser privilegiado na condução desse processo, pois é nele que se produz e reproduz o modo inovador da estratégia de saúde da família, onde o trabalho vivo pode ser vivenciado e compartilhado de forma coletiva no atendimento aos indivíduos e comunidade, favorecendo processos emancipatórios.

Outra consideração importante sobre o método, é o reconhecimento de que pesquisa-ação, quando se refere à “mudança de cultura institucional e/ou de suas limitações”, requer necessariamente um tratamento no campo da política, no sentido do exercício do poder, aqui tratado do ponto de vista dos vários tipos e modos de exercê-lo, como abordado por TRIPP (2005). Isso significa trabalhar com os diversos níveis de comando dos serviços de saúde, desde a gerência local, passando pelas coordenações regionais, os órgãos de capacitação/formação, os parceiros institucionais, e a coordenação municipal do PSF, buscando, a partir dos resultados alcançados, o entendimento e a compreensão da necessidade das mudanças propostas.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por tratar-se de uma pesquisa-ação, pode-se considerar que todo o processo de desenvolvimento do trabalho junto com os agentes faz parte do resultado, já que o objetivo da pesquisa está, de certa forma, condicionado ao método problematizador da pesquisa-ação, quando busca não apenas identificar e reconhecer dificuldades, mas propiciar um espaço reflexivo para a busca de soluções, denominadas nesse trabalho como desafios.

A partir do material registrado em papel (painéis, relatório de grupos) e das gravações das discussões em grupo e em plenárias, procurou-se identificar as idéias centrais desses discursos para formular algumas categorias empíricas de análise. O referencial teórico da promoção da saúde e a contribuição de referenciais específicos que balizam o trabalho dos agentes comunitários de saúde, em especial o Perfil de Competências do ACS (MS, 2004), foram utilizados para cotejar os dados empíricos (MINAYO, 2008).

4.1 – QUEM SÃO OS ACS QUE ATUAM NO JABAQUARA

Atendendo a um dos objetivos do trabalho, nesse item procuramos caracterizar os ACSs que participaram da pesquisa-ação, tomando como base a participação nas Oficinas de Reflexão realizadas em cada uma das unidades trabalhadas, onde os mesmos responderam ao questionário, individual e sem identificação, para caracterização do perfil do ACS.

Os dados apresentados no Quadro 3 mostram o percentual de participação dos ACS de 73,8% em relação ao total desses profissionais do Jabaquara, o que foi considerado satisfatório. Esse percentual variou de uma unidade para outra, sendo que na UBS Vila Santa Catarina foi observado o maior percentual (86,1%) de adesão dos Agentes à pesquisa. Na UBS Vila Clara o percentual foi de 61,3%, o menor entre as quatro unidades participantes, por que no mesmo dia da realização da Oficina sobre “Promoção da Saúde e o Trabalho do ACS” agentes de uma das Equipes estavam participando de um encontro com os profissionais do CREN-Centro Recuperação em Nutrição.

O número de Agentes Comunitário de Saúde de cada UBS refere-se ao número informado pelas respectivas unidades em condições efetivas de participação. Isto significa que foram excluídos os que se encontravam em licença médica ou outro tipo de afastamento que impossibilitava sua participação.

Quadro 3 – Frequência dos Agentes Comunitários de Saúde* nas Oficinas realizadas nas unidades de saúde com PSF, Jabaquara, 2008

UBS	Presente		Ausente		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Vila Santa Catarina	31	86,1	5	13,9	36	100
Cupece	13	76,5	4	23,5	17	100
Jardim Lourdes	13	68,4	6	31,6	19	100
Vila Clara	19	61,3	12	38,7	31	100
Total	76	73,8	27	26,2	103	100

(*) Total de ACS em efetivo exercício

Outra observação importante é que o quadro de ACS, assim como de outros profissionais das unidades, é bastante dinâmico, com novas admissões, demissões, licenças, afastamentos, e outras ocorrências durante o ano todo. Assim, como a pesquisa se estendeu durante um semestre, ao fim do trabalho novos agentes já estavam incorporados às unidades, tendo a possibilidade de participação em algum momento da pesquisa, como o Seminário final.

A maioria dos agentes é do sexo feminino (94,7%). A metade tem entre 20 e 39 anos de idade (51,3 %), e apenas 2,6 % tem menos de 20 anos. Em relação à raça, a maioria se considera parda (51,3%), seguido dos que se definiram como brancos (32,9%) e como negros (13,1%).

Já a região de nascimento da maioria dos agentes é a região sudeste (80,3%), seguida da região nordeste (15,8%), e constituem um perfil urbano (86,9). A maioria declarou-se unida (“casada”), com 46%, mas é grande também o percentual de solteiros (38%).

Em relação à escolaridade, 90% informou ter ensino médio, e desses, apenas um agente com ensino médio incompleto. Mais da metade deles informou ter feito algum curso profissionalizante (54%). Desses, informaram ter feito cursos na área de saúde (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, radiologia, técnico de nutrição e dietética, auxiliar de consultório dentário) 39% dos agentes; e cursos na área administrativa, 46%.

A maioria tem filhos (79%), e vive com renda familiar entre dois e seis salários mínimos (40,8%), tomando como referência o salário mínimo de R\$ 405,00, de agosto de 2008. Os que informaram renda familiar menor que dois salários mínimos são 39,5% dos agentes. Nesse item, observam-se vários registros de renda familiar igual ao valor do salário recebido pelos ACS na época da coleta dessa informação, mostrando que pode ter havido erro de entendimento da questão, com conseqüente erro na resposta, não informando corretamente a renda familiar total, e sim o salário percebido pelos ACS. Assim, fica comprometida também a informação relativa ao item seguinte, a renda familiar per capita, informada pela maioria dos agentes (42,1%) como sendo entre meio e um salário mínimo.

A casa onde moram é própria (57,9%), mas boa parte paga aluguel (22,4%). Eles moram no bairro há mais de 20 anos (63,2%), e todos trabalham no bairro em que residem, confirmando uma das características do PSF e uma das pré-condições para trabalhar como agente comunitário de saúde, que é residir no bairro onde irá desempenhar sua função.

Esses agentes já tiveram carteira de trabalho assinada antes de trabalhar como ACS (81,6%), e trabalharam em diversas funções, na área de vendas e comércio, na área administrativa, de prestação de serviços, e na indústria. Hoje, a maioria não exerce outra atividade remunerada (65,5%), atuando apenas como agente comunitário. É importante lembrar que o contrato de trabalho estabelece que a jornada de trabalho desse profissional é de oito horas diárias, perfazendo quarenta horas semanais. Por outro lado, cabe ressaltar que as funções do agente comunitário requerem uma jornada flexível, para possibilitar sua participação em atividades na comunidade, como reuniões e eventos à noite e em finais de semana.

Indagados sobre o que os motivou a ser agente, informando o motivo principal, muitos acabaram respondendo a mais de uma alternativa. Considerando todas as respostas

assinaladas, verificamos que o principal motivo para trabalhar com ACS foi o de ter visualizado uma oportunidade de emprego (36 respostas). Gostar da área da saúde (20 respostas) e gostar de trabalhar com as pessoas (23 respostas), também aparecem com destaque. Considerando somente os que assinalaram apenas um motivo, a maioria também (52,6%) visualizou uma oportunidade de emprego; para 19,4% dos agentes foi porque já conhecia o trabalho do ACS; e para 14% foi por gostar de trabalhar com as pessoas. Todos informaram gostar de trabalhar como agente comunitário da saúde.

4.2 – FORMAÇÃO E PERFIL PROFISSIONAL DOS ACS

Através da análise documental e dos depoimentos dos agentes comunitários durante o trabalho nas oficinas, procuramos caracterizar a formação/capacitação desses trabalhadores para atuarem na estratégia da Saúde da Família, com o enfoque na promoção da saúde. Os documentos que embasaram essa análise foram as publicações do Ministério da Saúde/Ministério da Educação sobre o referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde, além dos documentos referentes à implantação/organização da estratégia da Saúde da Família (ME/MS, 2004; MS, 2000; MS 2001; MS/PROFAE, 2001). Especificamente em relação ao município de São Paulo, foi analisado o documento da Secretaria Municipal de Saúde, onde foram traçadas as estratégias de formação para as equipes de Saúde da Família, quando de sua implantação (SMS, 2001b). A análise desses documentos procurou resgatar os princípios e diretrizes que os nortearam, desde o início da implantação da estratégia da Saúde da Família, tanto em âmbito nacional como no caso do município de São Paulo. É importante destacar a dimensão normatizadora desse referencial, enquanto direcionamento político da formação/capacitação e sua aplicação real nos processos desenvolvidos pelos municípios em relação à formação/capacitação dos agentes. O processo real é permeado por diversos fatores inerentes às condições locais, como o número de agentes a ser formado, pela extensão geográfica do município, pelo contingente de recursos humanos, materiais e financeiros envolvidos, pela conjuntura política local,

entre outros, todos interferindo direta ou indiretamente, de forma a contribuir para o avanço do processo ou dificultá-lo.

No município de São Paulo, sem o desenvolvimento e continuidade da proposta inicial apresentada em 2001, o projeto atualmente em execução é o da formação em nível técnico dos agentes comunitários de saúde, no qual o grande contingente numérico a ser formado é o maior desafio no sentido de atender as expectativas dos agentes quanto à conclusão do processo.

4.2.1 - O ACS como Profissional de Nível Técnico

A necessidade de qualificação e instrumentalização do ACS enquanto trabalhador da atenção básica orientou a definição de sua qualificação como técnicos de nível médio em 2003. Essa definição atendeu, ao mesmo tempo, à demanda dos próprios agentes, que vêm se organizando para alcançar o reconhecimento legal de sua profissão e o atendimento de seus direitos trabalhistas e sociais. Essas questões têm sido objeto de mobilização desses profissionais ao longo do tempo, desde a implantação do PACS até a disseminação do PSF por todo território nacional.

Assim a proposta de formação profissional em nível técnico fundamentou-se no papel desempenhado pelo ACS na atenção básica de saúde, bem como na legislação que regulamenta a profissão de ACS e nas diretrizes do Ministério da Saúde em relação à profissionalização dos trabalhadores da área da saúde. Outro fator importante que norteou a proposta de formação dos ACS como técnicos de nível médio foi a escolaridade apresentada pelo conjunto dos agentes em atuação no país, à época em que foi formulada a proposta, 2003, onde se observa o percentual de 60% dos profissionais com ensino médio completo ou incompleto, 18% com ensino fundamental completo e 22% em processo de conclusão (MS, 2004). A título de comparação, lembramos que nessa pesquisa, entre os agentes que participaram, 90% informaram ter o ensino médio.

A necessidade de formação do ACS desencadeou junto ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde estudos que levaram ao desenvolvimento do referencial curricular

para o curso técnico de agente comunitário de saúde, delineando a formação e o perfil profissional do técnico agente comunitário de saúde.

Assim, os ministérios definiram como objetivo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde o de “preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades” (MS, 2004) Considera também que “esse profissional atua no Sistema Único de Saúde, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde” (MS, 2004).

Várias dúvidas, porém, foram suscitadas ao se propor uma formação técnica para os agentes. Uma delas, de interesse óbvio para a garantia de continuidade da proposta inicial do PSF, é em relação ao papel de articulador social que caracteriza do ACS como “um trabalhador no campo de interface intersetorial da saúde, assistência social, educação e meio ambiente” (MS, 2004) Como desenvolver uma proposta de formação técnica que não descaracterizasse esse perfil do agente? Outra característica do ACS, a de ter que residir na área da comunidade onde vai atuar, também foi objeto de interrogação diante da proposta de formação técnica, no sentido de ser ou não prejudicada. A articulação da proposta de regulação da formação com as questões relativas à regulação do trabalho do agente comunitário de saúde é outra preocupação a ser considerada, assim como a necessidade de elaboração de um plano de carreiras, cargos e salários para os agentes comunitários.

4.2.2 - A Questão da Competência Profissional

Nas duas últimas décadas observamos uma profunda mudança na ordem econômica mundial, com aceleração da globalização e as conseqüentes transformações estruturais, com implicações no mundo do trabalho e na vida social. Para DELUIZ (2001), esse modelo de desenvolvimento, centrado na economia, que se sobrepõe e condiciona os interesses dos

indivíduos, das comunidades e da sociedade, pode ser analisado por dois olhares diferentes ou antagônicos. Por um lado, observam-se o enxugamento das estruturas de operação e a opção por terceirização de atividades, implicando no desemprego e empregos precários. Por outro, podem-se visualizar novas possibilidades de trabalho, que pressuponham uma maior base de educação geral, bem como de novos requisitos e atributos de qualificação profissional. A autora destaca as mudanças impostas por esses processos, com implicações no conteúdo e na qualidade do trabalho humano, com novas exigências como “capacidades de diagnóstico e de solução de problemas, e aptidões para tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constantes mudanças e intervir no trabalho para melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços” (DELUIZ, 2001, p 8). Essas novas exigências implicam, portanto, num trabalho mais intelectualizado e coletivo, e pressupõem um grau maior de autonomia diante do trabalho, cada vez mais complexo. Esse olhar contrapõe-se à visão clássica de organização do trabalho, advinda do fordismo e taylorismo, caracterizado pelo o trabalho não qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescritivo, e se identifica com a construção de novas formas de gestão do trabalho, resultante da nova ordem econômica.

De onde vem a noção de competência no contexto de educação do trabalhador? Para RAMOS (2001), a sociedade moderna, com alto grau de industrialização e urbanização, passou a exigir dos trabalhadores o domínio de conhecimentos e habilidades. O atendimento dessas necessidades, de transmissão de um saber técnico na aprendizagem profissional, passou então a ser feito pelas escolas. O desenvolvimento dos ofícios e profissões em diferentes níveis de complexidade é também resultante dos interesses econômicos dessa sociedade, e requer uma certificação em relação à qualificação profissional, que Ramos identifica como sendo na realidade a “capacidade potencial” do trabalhador dentro da hierarquia social e da produção. Acompanhando as mudanças nos processos produtivos, no sentido da maior flexibilização e integração, a qualificação real do trabalhador passou a ser mais valorizada do que sua qualificação formal. Isso significa considerar que as experiências vividas pelo sujeito, em âmbitos diversos, como no trabalho, em casa, na escola e no dia-a-dia, devem ser tomadas como base para a construção de

aprendizados, superando a noção de conhecimentos adquiridos somente com o ensino formal. A noção de competência aparece a partir dessas mudanças e na área educacional é abordada por diferentes correntes de pensamento. As competências tratadas como capacidades reais do trabalhador e, portanto, expressões de sua qualificação real em contraposição a sua capacidade potencial, configura uma das abordagens sobre o tema, e tem como base as transformações ocorridas no setor produtivo, para o qual a qualificação profissional utilizada como método de adaptação das pessoas aos mercados e postos de trabalho, já não respondia mais, originando assim a noção de competência. (RAMOS, 2001; LIMA, 2005).

Outra abordagem parte da associação com a pedagogia por objetivos, mas mantém a distinção entre competências e objetivos. Trata-se da pedagogia por competências e está relacionada à noção de eficiência social, atendendo às necessidades produtivas da indústria. Abordando a questão das competências com o olhar da psicopedagogia, RAMOS (2001, p. 21) considera que “a competência preocupa-se fundamentalmente com o domínio cognitivo que sustenta o desempenho ou o comportamento, com a inteligência prática, ou a estrutura e o funcionamento da competência/capacidade, enquanto os objetivos comportamentais confundem o comportamento com o próprio domínio cognitivo”. Nessa dimensão pedagógica, a competência poderia ser conceituada como “um sistema interiorizado de aprendizagens numerosas” utilizadas em diversas situações da vida. A competência seria então a “condição concreta dos recursos que o indivíduo articula e mobiliza no enfrentamento dessas situações”.

Sob o olhar da pedagogia, LIMA (2005, p 371), identifica três vertentes conceituais sobre competência: a) coleção de atributos pessoais; b) resultados observados/obtidos (tarefas realizadas); c) competência dialógica (“combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados”). Na competência dialógica, para a autora, “há um resgate integrador dos dois enfoques semânticos do termo competência, uma vez que coloca os atributos pessoais em relação com distintas construções sociais que legitimam esses atributos de acordo com a história das sociedades em diferentes épocas”. Dessa forma espera-se que a construção de

aprendizados, se dê com base na combinação entre três elementos: experiência; ambiente; e capacidades individuais/maturação, permitindo diferentes maneiras de aprender (LIMA, 2005).

No presente trabalho, interessa-nos essa abordagem para cotejar o material relativo ao processo de formação/capacitação dos ACS e os resultados obtidos em relação à percepção dos mesmos quanto ao seu trabalho profissional. Nesse sentido, podemos conceituar a competência dialógica, em um sentido mais amplo, como sendo o “desenvolvimento de atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que conjuntamente demonstram diferentes modos de realizar com excelência uma tarefa ou um trabalho profissional” CHIESA et all (2007, p 239). Para a autora, em um currículo orientado por competência, os conteúdos só têm significado quando emergem da prática e, a partir daí, são explorados, com consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações complexas e reais, construídas socialmente. “O que importa não é a transmissão do conhecimento acumulado, mas sim a possibilidade de ação, a capacidade de recorrer ao que se sabe para realizar o que se deseja, o que se projeta” (CHIESA et all, 2007, p.240).

Na pesquisa em questão, em relação à capacitação/formação, aparece um contraste visível em relação aos agentes mais antigos, contratados quando da implantação do Programa na região, em 2001, em comparação aos agentes nos períodos seguintes mais recentes. Relatam que naquela época, além do Momento I, que corresponde a uma introdução ao Programa Saúde da Família, os agentes tiveram várias capacitações específicas relacionadas a vários temas relativos a prevenção e promoção da saúde, que contribuíram muito para a formação dos mesmos, subsidiando suas práticas.

“A primeira turma dos ACS, em 2001, teve a capacitação durante seis meses, onde foram discutidos vários assuntos como sexualidade, hanseníase, amamentação, puerério” (ACS).

“Ah, a gente foi privilegiada. Seis meses. Foram seis meses [...] tudo quanto é assunto, tudo [...]” (ACS)

“Foram palestras sobre vários assuntos” (ACS)

“Febre maculosa, dengue, tuberculose” (ACS)

“A respeito da capacitação do ACS, nosso grupo ficou um pouco dividido. Eu sou nova, e tinha as mais antigas. As mais antigas foram mais preparadas para aquilo que elas iam fazer. E nós, as mais novas, eu acho que faltou preparo, essa capacitação. Eu acho que a gente tinha que ter mais capacitação, de traduzir o termo técnico p’ro termo popular e passar à população realmente aquilo que eles tem com referência à, principalmente, doenças crônicas, que ele não enxerga. Ele não vê uma hipertensão, ele não vê uma diabetes, como ele vê uma ferida, quando ele vê um machucado, assim... Então, a gente que é mais capacitado a isso, transformar tudo isso em palavras simples, numa linguagem muito simples. Mas, enfim, acho muito pouco o que tem [de capacitação]; enfim, eu acho que falta muito dessa capacitação. [...] Eu tive o Módulo I, que ensinou o trabalho do ACS. Tive o curso técnico que eu tenho que aprender [...] e passar para a população. Só que a realidade é muito difícil, do que eu aprendi na apostila e o que eu vivo todo dia. Mas, a gente tenta fazer o máximo possível” (ACS)

Em algumas unidades, por iniciativa das equipes de saúde, médicos e/ou enfermeiros, organizam treinamentos ou aulas sobre temas de interesse da saúde para os agentes comunitários de saúde, mas esse processo não acontece igualmente em todas as unidades, nem de forma sistemática e contínua.

A proposta prevista no modelo inicial do PSF no município previa a realização do Momento II, com o objetivo de preparar o ACS para ser um educador e um promotor da qualidade de vida, proposta essa que não teve continuidade.

Em relação à formação técnica do Agente Comunitário de Saúde, como a proposta é de formação em serviço, com momentos de concentração e momentos de dispersão, o curso contempla uma parcela de agentes comunitários de saúde de cada unidade em cada módulo e é desenvolvido em um espaço de tempo relativamente longo. A compreensão dos agentes

é de que o curso deveria ser mais concentrado em relação ao espaço de tempo e que cada agente deveria cursar os três módulos previstos de forma seqüencial e não rodiziar entre os grupos de agentes até que todos completem cada módulo. Parece então necessário aprofundar com os agentes a discussão sobre esse processo de formação e verificar qual ou quais alternativas seriam viáveis para atender tanto aos anseios dos mesmos, como as necessidades do serviço e à capacidade do órgão formador, a Escola Técnica do SUS.

Os relatos a seguir foram colhidos em uma das oficinas das unidades. Apesar do mesmo roteiro de discussão ter sido adotado em todas as unidades, algumas aprofundaram mais, outras, menos, os temas propostos. Nessa unidade, em especial, os agentes manifestaram-se mais em relação à questão do curso técnico para Agente Comunitário de Saúde.

“Assim, eu me revolto tanto, por que há três anos atrás falaram que iam dar esse curso técnico. Ponto. Não deram. Vieram a dar esse ano. Ai, vai ter um curso simplesmente de três módulos que o primeiro já está previsto. Só Deus sabe pra quando, o segundo. E só Deus sabe pra quando, o terceiro. Enfim, quando vai ser a conclusão desse curso. Vai ter uns anos [...] (ACS).

“Vai ter o primeiro, vai ter o segundo e o terceiro. O curso, ele é feito de primeiro, segundo e terceiro módulo. Algumas agentes já fizeram o primeiro, outras ainda estão p'ra iniciar o primeiro [...] Outras estão p'ra iniciar o segundo. Bem dizer, o que, dois mil e oito não vai ter primeiro módulos todas ainda. Dois mil e nove não tem previsão. Dois mil e dez, só Deus sabe. Então, assim, meio que empurram a gente, e isso dá indignação, por que, assim, a gente só é profissional a partir do momento que você tem seu curso técnico, certo?(ACS).

“Só que nem eles têm a resposta de quando vai ter o terceiro. Então, isso a gente percebe, que tem um, sabe, um desleixo, um descaso muito grande com o ACS. Apesar de dizer que o ACS é pedra preciosa, faz um trabalho maravilhoso, você vê aqui [...] (ACS).

“Falar, falar, falar é muito bom, enobrece, engrandece, [...], sim. Mas a gente quer sentir, a gente quer ver. Cadê? Quando é que vai ser. Muitas estão sendo mandadas embora. Pode ser que daqui p’ra o ano que vem eu seja mandada [embora], ou que aconteça algum problema, não sei, tá mudando tudo, ninguém sabe o dia de amanhã. Talvez ninguém consiga concluir esse curso (ACS).”

Essas falas denotam a importância, nem sempre adequadamente avaliada pelos gestores, da importância dessa formação técnica para os agentes comunitários de saúde. Para os agentes a formação técnica está associada ao reconhecimento profissional e à possibilidade ou oportunidade, entendidos como uma “garantia”, de uma futura colocação no mercado de trabalho, se forem demitidos da função que ocupam hoje.

Ponderamos, por outro lado, que seria inviável deslocar todos os agentes simultaneamente para fazer todos os módulos ao mesmo tempo, ainda que a formação seja em serviço, pois mesmo nessas condições, haverá momentos de concentração em que os agentes deverão se ausentar da unidade e da sua área de trabalho, e isso paralisaria as atividades do PSF, se envolvesse todos os agentes ao mesmo tempo. Nessa unidade os agentes foram divididos em três turmas para rodiziar em cada um dos módulos. Propor que a primeira turma passasse pelos três módulos na seqüência e concluísse a formação primeiro que as demais, seria privilegiar essa turma em detrimento das demais, ponderação com a qual os agentes concordaram. Entre a expectativa do grupo e a necessidade do serviço, os agentes não vislumbram até esse momento uma proposta viável para acelerar a formação técnica desses trabalhadores.

4.2.3 – O Perfil de Competências do ACS

O perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde foi proposto pelo Ministério da Saúde, em 2003, através de consulta pública, com a apresentação do “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde”

(MS, 2003). O documento, elaborado pela Secretaria de Gestão do Trabalho, com a participação de vários colaboradores e tendo por base na legislação vigente, serviu de referência para a elaboração do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, integrando-o como anexo. (MS, 2004).

Para trabalhar a competência profissional, o documento adota a formulação de Zarifian, que a define como sendo a **“capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de campo profissional, como iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades”**. Dessa forma, para esse autor, a qualificação profissional, necessária ao desenvolvimento da competência, passa a ser entendida como **“capacidade de ação diante de acontecimentos”**, superando o entendimento da qualificação como a disponibilidade de um “estoque de saberes”. Contrapondo-se aos estudos clássicos sobre a organização e gestão do trabalho, essa definição entende o trabalho como um “conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição” (ZARIFIAN, 1990, apud MS, 2004).

Ainda sobre a competência, o documento do MS descreve alguns aspectos que explicitam esse conceito, e que nos ajudam a melhor caracterizar as competências dos ACSs .

- *iniciativa: capacidade de iniciar uma ação por conta própria;*
- *responsabilidade: capacidade de responder pelas ações sob sua própria iniciativa e sob iniciativa de pessoas envolvidas nestas ações:*
- *autonomia: capacidade de aprender, formular, argumentar, defender, criticar, concluir e antecipar, mesmo quando não se tem poder para, sozinho, mudar uma realidade ou normas já estabelecidas. Pressupõe que a organização do trabalho admita que as ações profissionais transcendem as prescrições; porém não é sinônimo de independência e sim de interdependência, entendida como responsabilidade e reciprocidade;*

- *inteligência prática: capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, colocando-os em ação para enfrentar situações do processo de trabalho. Envolve tanto a dimensão cognitiva (saber), como a compreensiva (relacionar o conhecimento com o contexto), por isso, utilizam-se os termos articular e mobilizar ao invés de aplicar;*
- *coordenar-se com outros atores: capacidade e disponibilidade de estabelecer movimentos de solidariedade e de compartilhamento de situações e acontecimentos do trabalho, assumindo corresponsabilidades e fazendo apelo ético às competências dos outros;*
- *situações e acontecimentos próprios de um campo profissional: conjunto de eventos que demandam responsabilidade de trabalho e as maneiras singulares de apreender cada situação, de se situar em relação a elas e de determinar suas conseqüentes ações. Nesse sentido, ultrapassa a noção de recursos humanos e de postos normativos de trabalho. (MS, 2004, p 2).*

É importante destacar ainda outras considerações acerca da competência profissional, definidas pelo MS, que nos remete à reflexão sobre o trabalho do ACS.

“Assim, competência profissional inclui capacidades, atividades e contextos, tratando da combinação de conhecimentos, destrezas, experiências e qualidade pessoais usadas efetiva e apropriadamente em atos individuais e coletivos, como resposta às várias circunstâncias relativas à prática profissional. Considerar competência profissional nestes termos possibilita considerar o trabalhador como capaz de conhecer a utilidade e os impactos das ações que realiza, de compreender que os grupos sociais não são abstratos ou distantes, sendo possível conhecer suas necessidades e modos de viver e, sobretudo, de compreender a importância do processo de interação da equipe de trabalho com os indivíduos, grupos e coletividades com os quais trabalha. Nesse sentido, um processo formativo para desenvolver competências profissionais deve ocupar-se da montagem de fatores de

aprendizagem críticos, reflexivos, significativos, participativos e disruptores” (MS, 2004, ANEXO, p 2).

As competências que compõem o perfil profissional do ACS foram construídas incorporando três dimensões do saber: o **saber-ser (atitudes)**, o **saber-fazer (habilidades)**, e o **saber-conhecer (conhecimento)**.

Podemos considerar o saber-ser (atitudes) como:

- Interagir com os indivíduos e seu grupo social, com coletividades e a população;
- Respeitar valores, culturas e individualidades ao pensar e propor as práticas de saúde;
- Buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa;
- Recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados;
- Levar em conta pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza, medindo-se pelos indivíduos, grupos e populações a que refere sua prática profissional;
- Colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde;
- E pensar criticamente seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador (MS 2004).

Essa dimensão do saber, o saber-ser, perpassa as demais competências. Já a dimensão saber-fazer (habilidades) expressa o domínio prático e a dimensão saber-conhecer (conhecimento) diz respeito ao domínio cognitivo. O Ministério da Saúde (ME/MS-ANEXO, 2004) identifica cinco competências profissionais para o ACS, identificando em cada uma delas, as habilidades (saber fazer) e o conhecimento necessário (saber-conhecer), lembrando que a dimensão saber-ser é transversal às demais. (Quadro 7).

Para cada uma das cinco **competências** propostas, o documento Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (ME/MS-ANEXO, 2004), descreve as Habilidades (saber-fazer) e os Conhecimentos (saber-conhecer) que devem dimensionar a atuação do Técnico Agente Comunitário de Saúde.

Quadro 7 - COMPETÊNCIAS DO ACS e DIMENSÕES DO SABER

COMPETÊNCIA	DESCRIÇÃO	DIMENSÕES DO SABER		
		Saber-Ser ATITUDE S	Saber-Fazer HABILIDAD ES	Saber-Conhecer CONHECIME NTO
1 Integração da Equipe de Saúde com a população local	Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.	TRANSVERSAL Perpassa todas as competências	DOMINIO PRÁTICO FORMA NÃO HIERARQUIZADA	DOMINIO COGNITIVO FORMA NÃO HIERARQUIZADA
2 Planejamento e avaliação	Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde.			
3 Promoção da Saúde	Desenvolver, em equipe, ações de promoção de saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.			
4 Prevenção e Monitoramento do Risco Ambiental e Sanitário	Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde.			
5 Prevenção e Monitoramento a Grupos Específicos e Morbidades	Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.			

As competências assim definidas buscam ser o referencial para a atuação do ACS, no desenvolvimento de suas atividades, como o apoio aos indivíduos e coletividade, a identificação de situações de risco em saúde, a orientação e acompanhamento de indivíduos e grupos e a educação popular em saúde, entre outras.

4.3 – CONSTRUINDO O CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

De modo geral, a percepção sobre o conceito de promoção da saúde expressado pelos agentes comunitários apresenta tanto aproximações com conceitos trabalhados pelos diversos autores (OMS, 1986; BUSS, 2000; AKERMAN, 2004; CARVALHO, 2004), como traz elementos de conceituação do que é saúde e, com maior densidade, identifica-se ou relaciona-se com os determinantes sociais da saúde e a descrição de práticas (ações/atividades) desenvolvidas por eles em Promoção da Saúde.

Isso pode ser observado nos conteúdos dos relatórios dos grupos e da discussão em plenária, durante as Oficinas das Unidades, trabalhando sobre o conceito de Promoção da Saúde. O Quadro “Construindo o Conceito de Promoção da Saúde”, (ANEXO 7) e o Quadro “Reconstruindo o Conceito de Promoção da Saúde” (ANEXO 9), produzido pelos agentes resume essa percepção, onde se confunde o conceito de promoção da saúde com as competências definidas para a atuação dos agentes.

“Promoção da Saúde é orientação alimentar; grupos educativos; higiene básica; saúde da mulher; atividades físicas – seja ela qual for; vacinas; saneamento básico; saúde mental; sócio-econômico e religioso; moradia, lazer; trabalho e cultura” (Relatório de Grupo – escrito).

“Ação e informação: campanha de vacina, educação em saúde, lazer e prática de esporte (caminhada), conscientização, bem estar físico, mental e espiritual” (Relatório de Grupo-escrito).

“Bem estar social, físico, mental, saúde, moradia, educação, família. Saúde é um estado dinâmico”. (Relatório de Grupo - escrito).

“Então, a promoção, que a gente aprendeu, que não é só o bem estar físico, mas é psíquico, emocional e mental, [...]. Não adianta ter uma saúde maravilhosa e morar dentro do barraco, dentro do córrego! Não adianta também ela (pessoa) ter uma saúde maravilhosa e não conseguir trabalho. [...] A gente vem percebendo que hoje o que tem mais [...] na área, são problemas de depressão. Tudo hoje dá depressão. Não tem dinheiro, dá depressão. Tá doente, dá depressão. Parece que tudo, tudo, dá depressão. Então, assim, até a gente tem que olhar mais não é só problema físico, não é só se está doente, também é ver toda a vida da pessoa, né.” (Relatório de Grupo- transcrição).

Nesses relatos podemos observar que faltam instrumentos para os agentes caracterizarem a percepção de saúde das pessoas e famílias atendidas, e trabalhar com elas as possibilidades do cuidado em saúde a partir de sua realidade, mobilizando recursos institucionais e comunitários para melhoria de condições de vida e de saúde. Cabe aqui também resgatar o conceito de resiliência, como a capacidade humana de enfrentar as adversidades, buscando superá-las e, nesse processo, os sujeitos serem fortalecidos (ALVAREZ, 2004; CHIESA, 2005). Utilizar essa categoria para instrumentalizar os agentes e as equipes de saúde da família em suas intervenções cotidianas pode contribuir um melhor resultado no trabalho em saúde desenvolvido por essas equipes.

“A Promoção da Saúde, na verdade, é o que? É evitar que aloje a doença. Por isso é que se chama promoção e prevenção. Por que, depois que a doença ta alojada já não pode falar que é uma prevenção...” (Relatório de Grupo- transcrição).

“Então, sobre o conceito de promoção da saúde, a gente colocou que prevenção e promoção estão interligadas. [...] Aí, nós colocamos alguns exemplos, tipo, na rede pública, no PSF, a gente oferece Papanicolau. [...] a pessoa passa antes que tenha um

problema, que tenha um câncer de colo de útero. E outro exemplo bastante importante dentro do papel do PSF é a busca ativa. Dentro da busca ativa, nas visitas, a gente pergunta se está tossindo há mais de quinze dias, pra saber se já tem algum problema pulmonar, tuberculose, dentre outros [...] a gente faz também controle de diabetes, problema de pressão. Ai, tem que entender sobre promoção da saúde” (Relatório de Grupo- transcrição).

Os relatos apresentados pelos grupos e os conteúdos dos debates em plenária mostram a dificuldade na elaboração teórica sobre o tema, decorrência do perfil profissional dos agentes, que não têm como prática a sistematização de conhecimentos a partir da reflexão sobre o seu trabalho.

Essa dificuldade na abordagem do conceito de Promoção da Saúde não é apresentada somente pelos agentes comunitários. De forma geral, os profissionais de saúde dominam pouco esse conteúdo, e sua prática é ainda fortemente marcada pelo modelo biomédico da saúde. Por outro lado, esses discursos trabalham com o conceito ampliado de saúde, identificando elementos do processo saúde-doença e os seus determinantes sociais, como abordado por BUSS (2000 a), mostrando que apesar da dificuldade de elaboração teórica do conceito, os agentes têm conhecimentos relevantes para trabalhar na Promoção da Saúde. Para BUSS (2000a, p 165), “partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução”.

Nesses relatos, observamos a noção de promoção associada com a prevenção em saúde, mais identificada com os conceitos de LEAVELL e CLARK (1976), dentro dos níveis de saúde propostos por esses autores.

Alguns relatos fazem uma aproximação maior com a definição da OMS em relação à atuação política na busca por melhores condições de vida e saúde, criando condições, espaços, ferramentas para alcançar esses objetivos, que promovam a autonomia de indivíduos e da sociedade.

“Promoção da Saúde pra gente é bem estar físico, social, mental, espiritual. E como atuar nisso? Através de ações e através de informações. É o bem estar físico do ser humano. Porém, por ele não ser divisível, ele é um todo, então é através de ações, através de informações, de politizar o cidadão e a nós mesmos, reconhecer o nosso papel dentro da sociedade, é que a gente busca a promoção da saúde” (Relatório de Grupo- transcrição).

“É o bem estar físico, mental, social. [...] Condições, situações, ferramentas, espaços, facilidades, no sentido de lazer, educação, saúde mental” (Relatório de Grupo)

“Nós colocamos que o conceito de promoção é o bem estar físico, mental e social. [...] As condições, as situações, as ferramentas, os espaços, as facilidades, no sentido de lazer, de satisfação, de saúde mental. Tudo aquilo que a gente puder proporcionar para os pacientes, as condições que a gente dá [...]” (Relatório de Grupo- transcrição).

Embora identificando esse papel na construção de espaços que possam contribuir com “a capacitação dos indivíduos e coletividades para identificarem os fatores e condições determinantes da saúde e exercerem controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população” (OMS, 1996), os agentes e as equipes de saúde da família, relatam muitas dificuldades ou conseguem traduzir pouco essa definição em ações que resultem em experiências exitosas, como abordaremos adiante, quando analisamos a percepção dos agentes referente às ações em promoção da saúde.

Esse resultado está diretamente relacionado com a capacitação dos agentes comunitários de saúde, com a supervisão do trabalho dos mesmos, no sentido do apoio e suporte, e com o processo de trabalho em equipe, temas que também serão explorados adiante.

4.4 – O TRABALHO DOS AGENTES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para analisar os resultados, adotamos como base o documento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde” do Ministério da Saúde (MS, 2003 e 2004).

Nas Oficinas das Unidades, a reflexão sobre a prática do ACS deu-se através de perguntas abertas e as respostas ocorreram de forma espontânea, constituindo-se nos resultados (conteúdos) produzidos nas discussões em grupos e na plenária geral de cada unidade. O registro foi feito através de relatório em papel e através de gravação em fita cassete. O Quadro “Atividades desenvolvidas pelos ACS – Sistematização dos conteúdos das Oficinas” (ANEXO 10), foi produzido pelo Grupo de Representantes de ACS, a partir do registro do trabalho desenvolvido na Oficina realizada para reflexão sobre as ações desenvolvidas pelos ACS. Observamos a dificuldade dos mesmos, em classificar essas ações segundo as competências propostas pelo MS, a partir de sua percepção, principalmente em relação aos itens “Integração da equipe de saúde com a população local” e “Planejamento e avaliação”. Ao mesmo tempo, observamos que as atividades apontadas pelos ACS de forma espontânea referem-se mais aos itens “Prevenção e Monitoramento de Risco Ambiental e Sanitário”; “Prevenção e Monitoramento a Grupos Específicos e Morbidades” e “Promoção da Saúde”.

Já na etapa seguinte, a avaliação dos ACS sobre as atividades desenvolvidas, a partir do “Formulário de Atividade do Agente Comunitário de Saúde” (ANEXO 11), com respostas induzidas e as habilidades detalhadas em cada competência, destacamos a resposta afirmativa (sim), para a maioria das atividades, ainda que as mesmas não tenham sido apontadas pelos agentes, durante a realização das Oficinas.

Especificamente em relação à competência **Promoção da Saúde**, objeto desse estudo, as habilidades descritas no quadro apresentado pelo MS podem ser organizadas em quatro eixos, a fim auxiliar na análise dos conteúdos obtidos através das oficinas de reflexão com ACS na pesquisa-ação, quais sejam: a) a identificação e reflexão sobre os

determinantes da saúde e situações promotoras de saúde; b) ações educativas individuais e coletivas; c) articulação intersetorial; d) participação e cidadania.

CHIESA e FRACOLLI (2004), refletindo sobre as potencialidades do trabalho dos agentes comunitários na perspectiva da promoção da saúde, reforçam a contribuição dos mesmos para o “empowerment” dos indivíduos, famílias e comunidade, desde que atuem efetivamente em seu território, articulando com as equipes de saúde intervenções sobre os problemas de saúde com base nos seus determinantes sociais e, ao mesmo tempo, desenvolvam uma prática educativa junto a essa comunidade, que tenha como pressupostos a emancipação e autonomia dos sujeitos.

4.4.1 - Identificação e Reflexão sobre os Determinantes da Saúde e Situações Promotoras de Saúde.

A identificação e a reflexão sobre os determinantes da saúde e situações promotoras da saúde junto com grupos na comunidade é fundamental para trabalhar a saúde de uma forma mais ampla, ligada às condições de vida, favorecendo a apropriação do conceito de promoção da saúde e sua disseminação.

Nesse eixo foram agrupadas, portanto, as competências propostas no documento Perfil de Competências: identificar a relação entre os problemas de saúde e condições de vida; identificar situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotoras de saúde; organizar grupos de discussão; implementar processos de reflexão, junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades; acerca de suas condições de saúde-doença; utilizar recursos de informação e comunicação adequados à realidade local.

Nas Oficinas realizadas, percebe-se a dificuldade em relação a essas habilidades. Praticamente não aparecem relatos positivos de experiências envolvendo grupos da comunidade para refletir sobre as condições de vida, problematizando as situações encontradas, no sentido da construção de uma consciência coletiva e da busca de soluções, contribuindo tanto para melhoria da qualidade de vida como, através do próprio processo, contribuindo para o empoderamento da comunidade. Percebe-se que não há clareza dos

ACS sobre o seu papel relativo a essas habilidades, e que os mesmos não se identificam com esse papel mobilizador.

Isso se confirma ao retomarmos a caracterização desses agentes, quando, questionados sobre sua participação em alguma atividade na comunidade onde vive hoje, como associação de bairro ou associação de moradores, associação de pais e mestres, conselho de saúde, conselho tutelar, igreja ou comunidades religiosas, 34% respondeu que não participa de nenhuma atividade. Ainda sobre a participação anterior em outras comunidades que não a que vive hoje, 50 % respondeu que não participava, embora seja necessário observar que a maioria mora no mesmo bairro há mais de 20 anos. Os discursos captados nos dão conta da dificuldade em relação às habilidades nesse eixo que estamos analisando.

“Para trabalhar promoção da saúde, para ter mais resolutividade tem que ter mais informação, intercâmbio, esclarecimento, intersectorialidade”. (ACS).

“A própria população não se movimenta para uma atuação mais integrada. Mas se tivesse uma força maior da área da saúde, da equipe que trabalha no setor, poderia mobilizar a partir que tem um certo interesse, que são poucos, mas poderia crescer” (ACS)

“É muito importante participar do fórum (da Subprefeitura), a população tinha que se conscientizar que existe o fórum, mas nós mesmos não sabemos como funciona” (ACS)

Por outro lado, quando estimulados a refletir sobre o conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais da saúde, os ACS identificam a relação da saúde com a moradia, o ambiente familiar, a religião, espiritualidade, qualidade de vida, emprego, lazer, transporte, saneamento, interferindo para que as pessoas tenham mais ou menos saúde.

Para ZIONI E WESTPHAL (2007, p 29), abordando os determinantes sociais da saúde sob o ponto de vista da teoria social, “a preocupação consiste em descobrir como

podem ser produzidas condições sociais e de saúde que correspondam a um nível adequado de vida; qual o processo de definição de prioridades e de formas de intervenção; qual o nível de participação política do conjunto da sociedade na elaboração e implantação de políticas sociais; como são definidos e garantidos os direitos sociais; como são incorporadas identidades e experiências, como são criados novos direitos?”.

Seguindo essa linha de questionamento, de como poderia ser feita a promoção da saúde, como as pessoas poderiam ter melhores condições de vida, aparece nos discursos dos agentes o acesso à informação, a participação em fóruns, à cidadania (direitos).

Questionados, então, sobre como os agentes poderiam desenvolver ações de promoção da saúde frente às condições de vida observadas no contexto em que atuam, como o agente comunitário e os demais membros da equipe, poderiam agir, no sentido de contribuir para que as pessoas possam conquistar espaços da cidadania, percebe-se um vazio de respostas e a manifestação de sentimento de frustração (“deprimida”, foi a expressão utilizada por uma ACS), decorrente da percepção de impotência frente aos problemas levantados, complexos na maioria das vezes. A tendência é visualizar as ações sobre a doença e não sobre os determinantes do processo saúde-doença. Embora estes sejam identificados como tais, sem um espaço ou oportunidade de serem analisados, refletidos e tomados como objetos passíveis de intervenção, através de projetos da equipe de saúde e ações intersetoriais, eles se tornam fatores que favorecem o conformismo ou imobilismo diante das situações. Percebe-se uma visão idealista do trabalho em saúde e a dificuldade em lidar com a realidade concreta.

“O seu serviço não vale nada, porque você faz, faz, faz, e no outro dia, no outro mês o paciente ta do mesmo jeito ou até pior, ou você chega na casa do paciente e o paciente faleceu” (ACS)

Os relatos apontam a deficiência ou a inexistência de espaços, considerados aqui tanto no sentido social e político como físico, na comunidade que favoreça a discussão de problemas como moradia, saneamento, emprego, ou outras questões, onde o agente possa

dar a sua contribuição, junto com outros setores, para resolução desses problemas, os relatos apontam a deficiência nessa área. As reuniões de equipe também se constituem em espaços, onde poderiam ser trabalhados os instrumentos para lidar com a realidade e sua complexidade.

Apontam, por exemplo, a dificuldade em “falar de saúde” nas áreas em que atuam, de extrema exclusão social, onde falta toda a infra-estrutura (saneamento básico, moradia adequada), a renda familiar é muito baixa e a taxa de desemprego é elevada.

“Dificuldade de falar em boa alimentação quando um pai ou mãe de família está desempregado e tem muitos filhos” (ACS)

Observa-se a insuficiência de uma prática reflexiva com as famílias para encontrar soluções em conjunto, partindo da situação real em que os indivíduos/famílias se encontram, como em situações de desemprego que foram citadas pelos agentes. As ações são voltadas mais no sentido da assistência.

“Levamos telefone de alcoólicos anônimos, tabagismo, levamos endereço, mobilizamos, levamos a referência para pegar cesta básica, mas, infelizmente, a maioria da comunidade é acomodada. Pra ganhar doações faz fila, Agora, se é pra lutar pra ter asfalto, saneamento básico...” (ACS)

“O ACS encaminha, tenta contribuir pra solucionar, pra amenizar. Para solucionar o problema agudo. Mas resolver mesmo o problema, a pessoa tinha que ter dinheiro. Tem coisas que em sociedade dá pra amenizar, pra aliviar, mas chega um ponto que não tem como” (ACS).

O fórum da subprefeitura, a que o agente se referiu em um dos depoimentos anteriores, é uma instância de discussão, organizada pela subprefeitura, e funciona de forma itinerante, sendo realizada a cada mês em um bairro da subprefeitura. A participação é

aberta e são convidados os representantes institucionais de escolas, creches, unidades de saúde, núcleos de assistência social, subprefeitura, coordenações regionais de educação e saúde, entre outros; e a comunidade de modo geral, incluindo a participação individual de moradores e representantes de entidades associativas, como associação de moradores, e sociedades amigos de bairros; entidades assistenciais; organizações não governamentais; entidades religiosas, associação comercial, entre outros. Em nosso entendimento, esses fóruns são importantes espaços, onde podem ser canalizados diversos problemas do bairro e possibilitar a articulação intersetorial, envolvendo tanto o poder público como a sociedade civil, para intervenções mais resolutivas. A depender do processo de como os problemas são analisados e refletidos, de como as soluções são construídas, também podem ser espaços que favoreçam o “empowerment” coletivo.

Nas oficinas realizadas, houve pouca referência a esses espaços, denotando desconhecimento ou falta de estímulo e oportunidade de participação dos agentes nos mesmos. Esse é um dos aspectos que deveriam ser melhor trabalhados nas equipes de saúde da família: a atuação em fóruns intersetoriais e de mobilização da sociedade, no enfrentamento de problemas que interferem na saúde. Aqui convém resgatar a crítica aos olhares reducionistas que nos impedem de compreender a realidade e atuar sobre ela e não sobre aspectos ou recortes, objetos de nosso conhecimento específico de saúde. Sobre os olhares reducionistas, MINAYO E ROSEMBERG (2001, p 116) colocam que “no campo da saúde o reducionismo mais visado é o do saber biomédico, que classicamente comporta uma visão de saúde reduzida a de ‘ausência de doença’, privilegiando os determinantes biológicos em detrimento dos sociais na interpretação dos fenômenos saúde e doenças”.

Atuar, por sua vez, sobre os determinantes implica em compreender a realidade, o que nos remete à sua complexidade. A esse respeito MORIN (2001 p.175-193), apud JUNGUES (2008), aborda os princípios do paradigma da complexidade, entre os quais nos parece ser útil destacar o que pede atenção para esse tema “pois os fenômenos biológicos e sociais apresentam um número incalculável de interações e de inter-relações, uma fabulosa mistura que não pode ser calculada pelo mais potente computador”.

Compreender a natureza complexa da realidade implica em reconhecer que é constituída por elementos diferentes e ao mesmo tempo inseparáveis, como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico, entre outros, e que “há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si”, mesclando a unidade e multiplicidade (MORIN, 2002, p 38).

Dessa forma, entendemos que atuar no processo saúde-doença e em relação aos seus determinantes, requer uma “reengenharia” na forma como o programa de saúde da família e, em especial, como os agentes comunitários de saúde estão compreendendo e agindo no território onde se inserem no Jabaquara.

4.4.2 - Ações Educativas Individuais e Coletivas

As ações educativas, individuais e coletivas, constituem as ações de promoção da saúde mais relatadas pelos ACS, durante as Oficinas nas unidades. Elas são mencionadas tanto para expressar o próprio conceito de promoção da saúde como para descrever as atividades desenvolvidas. Muitas vezes são identificadas como prevenção e, em outras vezes, entendida como sinônimo de promoção.

Nesse eixo, as habilidades formuladas pelo MS são: realizar atividades educativas; orientar indivíduos quanto ao autocuidado; orientar a população quanto a medidas de proteção (alimentação; higiene pessoal; limpeza, acondicionamento e destino do lixo, cuidados com a água e dejetos; outras); orientar indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos.

O Quadro elaborado pelo Grupo de Representantes, apresenta o consolidado das ações executadas pelos agentes segundo as competências a eles atribuídas. Observamos que várias atividades educativas desenvolvidas pelos agentes, como foram classificadas nas demais competências, que não a específica da promoção da saúde, como a integração da equipe de saúde a população local e o monitoramento e prevenção a grupos específicos e morbidades. Isso se dá, a nosso ver, em parte pela dificuldade dos agentes em identificar a

natureza das ações que desenvolvem e classificá-las segundo categorias pré-estabelecidas, mas em parte também porque todas as ações de saúde contemplam uma dimensão educativa, a qual pode ou não ser desenvolvida pelos profissionais, mesmo sendo agrupadas em competências específicas, com suas respectivas habilidades.

No Formulário de Atividades, o Grupo de Representantes respondeu afirmativamente às habilidades listadas. Eles realizam atividades educativas com a comunidade (palestras, campanhas, mutirões e outras), juntamente com o enfermeiro, junto com outros ACS e também sozinhos.

Em apenas uma das unidades os agentes representantes responderam que não realizam, sozinhos, atividades educativas com a comunidade. Nesse caso, as ações educativas são realizadas sempre com a presença de outro profissional da equipe, médico, enfermeira ou auxiliar de enfermagem, o que contrasta com a competência autonomia, definida pelo MS para caracterizar as competências do ACS.

Ainda em relação ao Formulário de Atividades duas unidades apresentaram resposta negativa ou parcialmente negativa em relação à utilização de informação e comunicação (faixas, panfletos e outros) adequados à realidade local. Constata-se, aqui, tanto o despreparo e dificuldade do profissional na área de comunicação mais geral, como também o não acesso dos mesmos a recursos comunicativos. Por outro lado, observa-se dificuldade em articular com a comunidade o acesso à diversidade de possibilidades na área da comunicação, como a utilização de rádios comunitárias, jornal de bairro, informativos ou boletins de entidades locais, espaço de comunicação verbal durante eventos coletivos, como cultos, reuniões ou atividades em igrejas.

Um aspecto, mencionado pelos agentes nas oficinas das unidades, é a disponibilidade de tempo em suas agendas para a realização de grupos educativos. Apontam mudanças que ocorreram na organização do trabalho do PSF nas unidades que têm dificultado a realização de grupos na comunidade.

“Antes, a gente tinha bastante grupos de rua; hoje, já não tem tanto, com essa cobrança de produção” (ACS)

Em que pese as mudanças ocorridas na agenda de trabalho dos agentes, afetando a quantidade de atividades educativas em grupo, é pertinente ressaltar que não há um processo sistemático de supervisão e avaliação das ações educativas desenvolvidas por esses trabalhadores. Na oficina de sistematização, os agentes referem conhecimento sobre a necessidade do planejamento das ações educativas (definição de objetivos e metas a serem alcançados, metodologia e material utilizados e avaliação da atividade), mas reconhecem que esse conhecimento, de forma geral, não é utilizado no desenvolvimento dessas atividades.

Há que se considerar também a necessidade de apropriação do sentido do trabalho e re-significação do mesmo, pois a quantidade não deve competir com a qualidade das atividades desenvolvidas, obrigando dessa forma a busca constante do equilíbrio entre essas vertentes, buscando cumprir as metas de cobertura do serviço e alcançar a efetividade das ações educativas, através do seu impacto em relação à autonomia e “empowerment” dos indivíduos e comunidade.

Outra mudança apontada é a participação “obrigatória” do agente nos grupos educativos realizados pelos demais profissionais, médicos e enfermeiros, afetando a organização da agenda do ACS para desenvolver suas ações específicas.

“ Agora a gente tem que participar dos grupos dos médicos, da enfermeira, que não entra pra gente na produção. Você deixou de fazer suas VDs [visitas domiciliares] por que você tava lá [no grupo], mas você não ganha [o registro dessa atividade na sua produção] (ACS)

Quando o Programa de Saúde da Família define como atribuição dos agentes e das equipes a educação em saúde, pressupõe-se que o faça na perspectiva da construção da autonomia dos indivíduos e da comunidade, considerando os princípios definidos na nova promoção da saúde, contidos na Carta de Ottawa (1986). Para BRETAS (2006), partindo do pressuposto da saúde como resultante de um processo e que o ser humano é o protagonista

de sua conquista, considera que a “autonomia e o auto-cuidado do usuário precisam ser reconhecidos pelos enfermeiros como estratégias fundamentais de trabalho na área da saúde” (p 31). Embora a autora refira-se a um profissional específico, entendemos que a abordagem acima pode se aplicar aos agentes comunitários e aos demais membros da equipe. Outro aspecto importante, abordado por essa autora, é o de que o processo saúde-doença é único para cada indivíduo, manifestando-se de modo singular, de tal forma que o normal e o patológico só podem ser entendidos numa perspectiva relacional. Assim, “os profissionais de saúde precisam estar preparados para atender às particularidades individuais, mesmo em situações que demandem ações coletivas” (p 31).

Por outro lado, o discurso oficial da Política Nacional de Promoção da Saúde, com grande ênfase na adoção de estilo de vida saudável, centrado mais em mudanças comportamentais e individuais; a formação dos profissionais de saúde e a prática relatada pelos agentes, que sofrem considerável influência do modelo biomédico, tornam as ações educativas no PSF, observadas na prática dos agentes e dos profissionais de saúde, voltadas mais à prevenção de doenças e agravos, e, o que nos parece mais preocupante, de forma prescritiva e de culpabilização do indivíduo e não de forma dialógica e reflexiva, que favoreça a construção da autonomia e do empoderamento (OLIVEIRA, 2005; DA ROS et al., 2007; FREIRE, 2008) . Reforça essa concepção a afirmação de BRETAS (2007) sobre o desafio que se coloca aos profissionais de saúde no sentido da construção de estratégias para o atendimento na atenção básica “de forma mais solidária e menos punitiva na convivência com os estilos de vida individuais” (p. 36).

Nesse sentido, como aponta OLIVEIRA (2005 p. 426), referindo-se a um ‘modelo preventivo de educação’:

“A educação em saúde ignora que comportamentos são sempre interativos, o que significa que modos de vida são produtos de uma ação recíproca de fatores socioculturais e individuais. Circunstâncias ambientais, inclusive as normas sociais, às quais os indivíduos estão sujeitados e têm pouco (ou nenhum) poder para mudar, e os valores culturais que organizam a vida cotidiana, têm impacto direto nas escolhas cotidianas das pessoas”

Contrapondo-se a esse modelo, aborda o ‘modelo radical de educação em saúde’, cuja diferença em relação ao anterior e que “esse último busca, muito mais, a mudança social do que a transformação pessoal”, e tem como intenção “promover o envolvimento dos indivíduos nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas concernentes aos grupos sociais aos quais eles pertencem” (OLIVEIRA, 2005, p 248).

Para DA ROS et al. (2007), conferir importância às representações e aos saberes do senso comum na relação dos sujeitos com as doenças, possibilita a crítica ao poder supremo conferido ao saber científico nessa relação e favorece a construção individual e coletiva de conhecimentos que possam contribuir para qualidade de vida.

Nessa direção é oportuno acrescentar a visão de FREIRE (2008, p 81) de que ensinar exige a convicção de que a mudança é possível, porém, “[...] não posso de maneira alguma, nas minhas relações político-pedagógicas com grupos populares, desconsiderar seu saber de experiência feito. Sua explicação do mundo de que faz parte a compreensão de sua própria presença no mundo”. Também para esse autor, ‘ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo’, e se assim é, como acreditamos que seja, temos possibilidade enquanto profissionais de saúde optar por uma forma de educação em saúde que seja problematizadora em relação à realidade vivida, questionadora dos determinantes sociais, indagadora dos porquês das condições de vida e, por fim, propositiva de ações para mudanças, sejam elas individuais ou coletivas, no caminho da autonomia e do empoderamento.

4.4.3 - Articulação Intersetorial

A ação intersetorial é considerada como uma das estratégias mais importantes da promoção da saúde. Como mencionado anteriormente, a ação intersetorial pode ser entendida como a integração de esforços, visando alcançar mais e melhores resultados e racionalizar recursos.

Podemos identificar como habilidades relativas à articulação intersetorial para a promoção da saúde, a partir do Perfil de Competências do MS, as seguintes: propor e

implementar ações intersetoriais; estabelecer articulação com equipamentos sociais (creches, asilos, escolas e outros); orientar a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social; apoiar ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos.

Entendemos que a aglutinação dessas habilidades em torno do eixo intersetorialidade aproxima-se da abordagem realizada sobre o tema por MENDES E AKERMAN, (2007). Esses autores resgatam o conceito de intersetorialidade, relacionando-o a significados como ‘ponto de encontro’ e ‘ligar com fios, tecer, atar’, do ponto de vista de vocabulário. Do ponto de vista da concepção propriamente dita e trazendo a contribuição de vários autores, relaciona intersetorialidade a articulação de sujeitos e processos organizacionais, a superação da fragmentação de conhecimentos, a consideração do território como lócus da ação, ao enfrentamento da realidade complexa, e a superação de situações de exclusão social.

Uma das dificuldades mais apontadas pelos agentes em seus relatos é a de desenvolver ações articuladas com outros setores sociais, como moradia, transporte, infraestrutura urbana e outros. Os agentes mais antigos relatam ainda que essa dificuldade é maior hoje, em relação ao início do PSF, quando havia uma orientação político-administrativa no sentido da descentralização do poder e da articulação intersetorial, através das Subprefeituras.

“Não tem mais integração com outros setores. É só a saúde. Antes tinha mais veículos (espaços ou canais para discutir e implementar ações intersetoriais), tinha mais informação”. (ACS)

“O agente corre atrás sozinho e bate com a cara na porta. Em várias portas (social, lazer, um monte de coisa)”. (ACS)

Diante de problemas identificados na comunidade que dizem respeito a outros setores ou áreas sociais, como por exemplo, moradia (“meu barraco está caindo dentro do córrego”) há dificuldade do agente e da equipe em lidar com o problema., buscando integração com os setores envolvidos (Defesa Civil, Subprefeitura).

Por outro lado, é importante lembrar que o agir intersetorial não é responsabilidade desse ou daquele agente público ou social, mas sim uma construção coletiva. Nesse sentido parece-nos relevante a afirmação de MENDES E AKERMAN (2007, p 95) sobre os pressupostos para sua construção:

“A construção da intersetorialidade pressupõe uma firme e clara decisão de envolver distintos atores sociais na identificação e na análise dos problemas e necessidades de um dado território, bem como propor estratégias pactuadas para resolvê-los em uma arena de interesses distintos e de grande diversidade de valores”

No trabalho realizado, não observamos relato de experiência, por parte dos agentes comunitários, de envolvimento e mobilização da comunidade para a organização dos moradores em entidades que reivindiquem melhorias para o bairro, ressaltando a dificuldade em relação à forma de atuação intersetorial. Mais uma vez, destaca-se a necessidade de desenvolver junto aos agentes comunitários ferramentas que os auxiliem a superar a noção idealista de saúde e a trabalhar com a realidade concreta.

“Eu fui na casa de uma paciente, cheguei lá ela tava chorando, perdeu o emprego, né. Ela tem três filhos pequenos, aí perdeu o salário. Quando ela chegou em casa, três rapazes da subprefeitura, numerando as casas [referindo-se a ação da subprefeitura, demarcando as moradias que seriam remanejadas, em função do projeto de reurbanização e extensão da avenida sobre o Córrego Águas Espraiadas]. Olha gente, até sem salário dá pra suportar, mas sem moradia... Não tenho marido, ela falou, tenho três filhos. Por que a paciente chorando, a filha chorando, também, né, fica uma situação meio difícil, né. O nosso trabalho, o que é difícil são essas coisas assim. Por que você vai, vê o problema, você não consegue nem levar uma resposta” ACS

“A população mora ali (barracos sobre o córrego) há muitos anos, já ouviram muitas promessas que não foram cumpridas, estão lá jogados, esquecidos totalmente; as pessoas estão desacreditadas [Referindo-se a promessa de urbanização ou remoção das favelas sobre o Córrego Águas Espraiadas, no Jabaquara] ” (ACS).

Algumas iniciativas foram citadas em relação à mobilização para solucionar problemas específicos, como remoção de lixo junto a um trecho do córrego junto a uma comunidade, e que contou com a participação dos agentes comunitários, com profissionais do PSF, da coordenação regional de saúde e da subprefeitura, tentando envolver a comunidade. Mas a ação foi pontual e não conseguiram manter a comunidade organizada para discutir e se mobilizar para outras ações promotoras de saúde.

Outra iniciativa citada foi em relação a uma mobilização assumida pela igreja para uma obra de contenção na casa de uma moradora junto a uma área de enchente, com recursos financeiros e com a participação dos próprios membros da igreja.

Consideram essa forma de resolver o problema com avaliação positiva, por um lado, demonstrando a responsabilidade social de atores da sociedade; e negativa, por outro, pois a responsabilidade pela obra e por intervir em áreas de enchente seria da prefeitura. *“Só que também se a gente pensar que quem tem que fazer é o governo, mudar o mundo, a gente não vai mais melhorar” (ACS).* Outras iniciativas, mais voltadas à assistência social, foram citadas, como conseguir cesta básica, junto a organizações não governamentais, para pacientes que estão situação vulnerável de exclusão social. Essas experiências de resolução de problemas, não envolvendo diretamente a subprefeitura ou o serviço de saúde, foram consideradas pelos agentes como ações de promoção de saúde.

As situações relatadas nos remetem a reflexão sobre a atuação em redes sociais. A esse respeito MENDES E AKERMAN (2007) conceituam o tema como sendo fenômenos coletivos, cuja dinâmica implica em relacionamentos.

Nosso entendimento é de que o trabalho em rede pode favorecer ações intersetoriais e de forma a não depender do poder público para a mobilização de recursos, ainda que

recaia sobre ele, através de seus vários setores de atuação (educação, saúde, assistência social, obras públicas, manutenção e conservação dos bairros, entre outros) parcela significativa de responsabilidade, afinal é através dele que o estado cumpre sua função de garantir, através da arrecadação de impostos, as condições básicas para o funcionamento da sociedade e do bem estar coletivo. As redes sociais, por sua vez, tendem a trabalhar com mais autonomia, buscando efetivamente trabalhar como ponto de encontro, onde os diferentes saberes e poderes se articulam para dar contingência aos problemas apresentados.

Nessa perspectiva, a abordagem de BRETAS (2007) traz uma reflexão importante sobre o tema:

“É necessário compreender as condições impostas como passíveis de interferência e atentar para não culpar os indivíduos quando tais condições são insalubres e interferem em seu estilo de vida. Trabalhar com as condições de vida impostas requer um trabalho interdisciplinar e intersetorial. A área da saúde sozinha não consegue assegurar qualidade de vida e, conseqüentemente, de saúde. É na esfera da ética que compreenderemos a necessidade do empenho de parte significativa da sociedade para assegurar a dignidade da via humana” (p. 35).

4.4.4 - Participação/Cidadania

Participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais; e mobilizar a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais, são as habilidades que identificamos como relativas à participação, dentro da competência promoção da saúde.

Apesar da longa trajetória de organização de conselhos de saúde e de outras áreas sociais na cidade, ainda são espaços pouco conhecidos, com dificuldade de representação e de mobilização. Na região do estudo, apesar de terem sido implantados na mesma época da implantação do PSF, e apesar de constar como competência do ACS sua participação nas reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais, bem como a mobilização da população para participar dos mesmos, ainda observa-se uma distância muito grande dos

Agentes em relação a essa instância de participação, como observado em algumas falas dos ACS:

“O que é o Conselho Gestor? O que é o papel do Conselho Gestor? Eu pelo menos, com dois anos, eu não sei”.

“Fala, fala, fala, mas não acontece nada”.

“Muita conversa e pouca ação”.

“Não funciona”.

Essas falas demonstram a fragilidade em que se encontram essas instâncias de participação institucional da sociedade nos órgãos que decidem e executam as políticas públicas, tanto do ponto de vista de sua visibilidade pública como na forma como estão funcionando. Para BÓGUS E WESTPHAL (2007) os conselhos das áreas sociais deveriam ser espaços de decisão, o que nem sempre acontece, considerando as razões para isso, questões relacionadas a normatização de seu funcionamento, à representatividade de seus membros e a possibilidade de manipulação.

Algumas falas identificam os assuntos discutidos em reuniões do Conselho Gestor como melhoria na unidade e melhoria na prestação do serviço. Apontam também a necessidade de capacitação dos agentes comunitários para participação no Conselho Gestor. A esse respeito, BÓGUS E WESTPHAL (2007) destacam que o despreparo e o desconhecimento para participar dos conselhos referem-se a todos os seguimentos sociais, em geral, e que na formação dos conselheiros, “os conteúdos, as habilidades e as atitudes devem ser abordados com metodologias e estratégias adequadas ao perfil dos participantes”; pressupõe também compromisso com o planejamento, acompanhamento e avaliação desse processo.

Esses discursos, captados durante as Oficinas nas Unidades, contrasta com o que foi informado no Formulário de Atividades do ACS , pelo Grupo de Representantes dos ACS, quando responderam sim aos itens que abordam a participação dos mesmos no conselho gestor da unidade

Em relação à atuação da população e do ACS em Associações e Entidades no bairro, os agentes reconhecem que, em sua maioria, estão voltadas para um trabalho assistencial e social, e não atuam na organização e mobilização do bairro em torno de problemas identificados. Algumas falas justificam a não participação do ACS em função de sua agenda de trabalho, priorizando outras atribuições, mais vinculadas ao acompanhamento de indivíduos e famílias, e mesmo em atividades que não seriam de sua competência. O número de reuniões específicas da saúde em que o ACS tem que participar também foi considerado excessivo por alguns. “Por incrível que pareça, parece que pagam pra gente ter reunião. Por que é tanta reunião, reunião, e não resolve nada, isso é que é”.

Essa fala pode tanto expressar uma forma não adequada de se organizar as reuniões de trabalho, como expressar a falta de clareza do agente em relação à natureza do seu trabalho, que pressupõe espaços de articulação interpessoal, como reuniões de trabalho.

4.5 – POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES

Além de constituírem-se em um dos objetivos da pesquisa a identificação das possibilidades e limites pode-se constituir em um dos eixos de análise dos conteúdos das oficinas, relativas ao processo de trabalho. Foram bastante expressivas as questões relacionadas com esse tema, identificando os “nós”, ou os problemas e apontando alguns caminhos para sua superação. Consideramos que guardam estreita relação com a dimensão do saber-ser (atitudes), para a qual o documento Perfil de Competências do Agente Comunitário de Saúde (MS, 2003) apresenta uma descrição detalhada e que destacamos em especial a de “buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa”.

É importante destacar que para a dimensão do saber-ser, o referido documento não faz referência em relação às habilidades e conhecimentos para nortear a formação dos mesmos, porque esse saber é resultado da experiência de vida da própria pessoa, da sua bagagem cultural, dos valores, da sua visão de mundo, moldada no convívio com a família, a escola, e a sociedade. Não é um conhecimento que se ensina, e sim, que se aprende com a

vivência, mas que se transforma também com ela. Desse modo, o saber-ser pode ser abordado na atuação dos profissionais de saúde, a partir de uma prática reflexiva, quando se colocam diante dos problemas de saúde, das iniquidades sociais, das situações que geram sofrimento e danos em indivíduos, famílias e comunidade. Resgatando no dizer de FREIRE, 2008, um saber fundamental, “mudar é difícil mas é possível”, e atuar sobre essa realidade, apreendendo sua natureza complexa e buscando novos saberes para lidar com ela.

“O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências” (FREIRE, 2008).

4.5.1 – O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Contexto e Desafios

Os itens a seguir abordam o conteúdo das Oficinas das Unidades e do trabalho realizado pelo Grupo de Representantes dos ACS, referentes à identificação de desafios em relação ao trabalho como os relativos às condições de vida da comunidade, às condições de trabalho dos ACS, ao trabalho em equipe, a percepção do ACS em relação ao seu reconhecimento, tanto profissionais de saúde quanto pela comunidade, e ao processo de trabalho no PSF e, especificamente, na unidade.

Dificuldades essas que denominamos desafios a serem superados, apresentando, conforme a produção do grupo, algumas propostas, que desde já comporiam um plano de ação ou intervenção sobre a prática dos agentes e das equipes em cada unidade. Esse plano de ação, apresentado como resultado das oficinas, tem como eixo o trabalho periódico e sistemático de supervisão técnica junto às equipes de saúde da família, abordando os temas levantados durante a investigação.

4.5.2 - Condições Adversas de Vida

A precariedade das condições de vida e a exclusão social observadas, em determinadas comunidades atendidas pelo PSF, foram identificadas pelos ACS como fatores que geram dificuldades no seu trabalho. A falta de infra-estrutura urbana, como saneamento básico, moradia adequada; a situação sócio-econômica precária das famílias e comunidades, a pobreza e a miséria; o analfabetismo, a violência e o preconceito; são questões que permearam toda a discussão nos grupos e plenárias das Oficinas e tanto são apontados como fatores determinantes no processo saúde-doença, como são, ao mesmo tempo, percebidos como fatores que trazem limitações às atividades dos ACS, gerando ora angústia, ora sentimento de impotência, como identificamos nos depoimentos a seguir:

“A falta de infra-estrutura para falar de saúde. Falta de saneamento básico, esgoto a céu aberto, como você vai ter boa saúde?”

“P’ra ter boa saúde tem que ter boa alimentação. Como que você vai falar com ele, um pai de família, uma mãe de família, que tem quatro, cinco filhos, desempregado e que p’ra ele ter boa saúde tem que ter boa alimentação?”

Em algumas áreas, a pobreza e a miséria, muitas vezes, aparecem junto com o tráfico de drogas e geram situações de violência.

“Algumas áreas são muito violentas” (ACS)

“Batida policial, pobreza, miséria, tudo isso gera dificuldade p’ra nós trabalharmos. Dificuldade mesmo, angústia. Têm pessoas que aceitam nosso trabalho, têm pessoas que não aceitam” (ACS)

“É complicado porque o nosso colete não é à prova de balas” [referindo-se ao colete/jaleco com logomarca institucional, utilizado pelos ACS no trabalho diário para ajudar em sua identificação na comunidade] (ACS)

O trabalho do ACS sofre conseqüências dessa situação, limitando sua atuação na área. Por vezes, sofrem pressão para darem prioridade ou privilégio no atendimento na Unidade. Os ACS avaliam que essa situação de risco em que trabalham não é levada em conta pelos gestores, no sentido do reconhecimento e valorização dos profissionais.

O desafio que se coloca aqui é, a partir dessa percepção, trabalhar as possibilidades de desenvolver ações de promoção e cuidado com a saúde em contextos adversos, refletindo sobre eles e sobre a capacidade dos indivíduos, famílias ou comunidades de enfrentá-los no sentido de sua transformação. Mais uma vez se coloca a necessidade de compreender as possibilidades do trabalho em saúde à luz do paradigma da complexidade.

Se, por um lado, a intervenção sobre a realidade constitui-se em tarefa complexa, por outro, é potencialmente geradora de novos saberes (Freire, 2008) que contribuem para o “empowerment”, tanto dos agentes comunitários como da população com quem interagem.

4.5.3 - Inserção e Reconhecimento do Agente Comunitário de Saúde na Comunidade

Em geral há um reconhecimento do trabalho do ACS pela população a partir do vínculo criado com as famílias atendidas pelo programa.

Mas reconhecem que há dificuldade, muitas vezes, da população entender a função do ACS, e esperar desse profissional um papel apenas de intermediário em relação ao acesso a serviços da unidade. Se o agente não cumpre esse papel, por exemplo, de agendar consultas com médicos da unidade, com especialistas para os quais foram encaminhados, agendar exames, etc, então “o ACS não resolve nada”.

Como proposta, sugerem melhorar a divulgação do PSF junto à comunidade através de campanha de divulgação, contato com entidades, divulgação em jornal de bairro. A articulação com a Subprefeitura e as demais áreas como educação, cultura, esporte e assistência social pode contribuir com a divulgação do trabalho do ACS junto à população do bairro e o reconhecimento da população em relação a ele.

É preciso porém reforçar a concepção do vínculo, tanto do ACS como da equipe, com as famílias e a comunidade. A esse respeito falaremos mais adiante, com maior profundidade, quando abordamos a organização da assistência e do trabalho na unidade.

4.5.4 - Trabalho em Equipe e Reconhecimento do Agente Comunitário de Saúde pelos demais Profissionais da Unidade

O trabalho da equipe de saúde da família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde.

Não é, porém, uma forma de trabalho que se dá automaticamente com a composição das equipes de saúde. É antes de tudo um espaço a ser construído com os profissionais e pelos profissionais da equipe, superando as relações de subordinação, característica do modelo biomédico, e estabelecendo um modo de trabalho interdisciplinar, que pressupõe, por sua vez, um intercâmbio entre as práticas e saberes dos mesmos, de forma dialógica (CAMPOS, 1997).

Os depoimentos dos agentes, colhidos durante as oficinas foram sistematizados como dificuldades no seu trabalho, e apresentados no Seminário como:

“Dificuldade de discussão dos casos e definição de prioridades de atendimento de casos junto aos demais profissionais da equipe”.

“Falta de atualização do diagnóstico da área, análise e discussão da equipe para estabelecer prioridades de atuação para a área. A discussão da equipe acaba se restringindo a casos isolados que são atendidos ou identificados”.

“Falta de espaço/oportunidade nas reuniões de equipe para que os agentes possam refletir sobre seu trabalho”.

Essas dificuldades apresentam-se como conseqüência da verticalização da organização do trabalho em saúde, que predomina no modelo atual e que as equipes de saúde da família ainda têm dificuldade em superar.

Na perspectiva de superação dessa dificuldade, os agentes propõem uma equipe técnica mais atuante na área de trabalho, e uma postura de acolhimento da equipe em relação aos problemas considerados como prioridades pelos agentes.

Por vezes, durante o atendimento com algum profissional da equipe (médico ou enfermeiro), o usuário faz algum depoimento sobre uma determinada situação envolvendo o trabalho do ACS, que pode induzir esses profissionais a considerar como inadequado ou equivocado a atuação do ACS frente aquela situação, sem antes ouvir do ACS sua versão sobre o assunto em questão. Por isso, como proposta, os ACS apontaram para um trabalho mais integrado da equipe e uma postura de não pré julgar e sim ouvir e o ACS, e abrindo uma discussão na equipe para definir como agir diante daquela situação.

As possibilidades para essa superação são fundamentadas na própria diretriz do PSF, quando aponta para o trabalho interdisciplinar em equipe, com abordagem integral da família. “A ação entre diferentes disciplinas pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutive”. (MS,2001 - DAB – Guia prático do Programa Saúde da Família). Os agentes, de modo geral, tem esse olhar sobre os diferentes saberes e olhares dos profissionais:

“.....E trabalhar, horizontalmente mesmo, e não na vertical. Na horizontal, onde cada um tem a sua função” (ACS)

“Independente do diploma que você tem, cada um tem a sua função dentro da equipe” (ACS)

“A importância do trabalho que cada um tem dentro da equipe. E eu acho não existe sem o agente comunitário. Eu posso até levar um médico informado, diplomado, doutorado, numa casa. Mas ele vai com um olhar clínico, eu entro com um olhar geral.” (ACS)

Essa abordagem se aplica ao trabalho da equipe de saúde da família, tanto em relação à sua dinâmica interna de trabalho como no trabalho interdisciplinar, com outras áreas que não a saúde. Nesse sentido, a elaboração de um projeto assistencial comum, para PEDUZZI (2001), constitui um eixo que direciona a dinâmica cotidiana de trabalho e de interação da equipe.

Relacionado à questão do trabalho em equipe, colocá-se também outro ponto levantado pelos agentes que é o do reconhecimento/valorização do agente pelos demais profissionais da equipe e da unidade. Os agentes manifestaram que muitas vezes falta clareza por parte do conjunto dos funcionários em relação ao papel e importância do ACS nas ações de promoção à saúde. Algumas falas são exemplos dessa percepção manifestada pelos agentes.

“Como a agente disse, ela passa a tarde escutando um paciente, mas o paciente tá apenas desabafando. Não vai solucionar o problema, ele desabafou! Agora, a agente tem a função de trazer esse problema pra essa equipe, e essa equipe tem que dar valor a esse problema, e ela tem que ir até a sua última instância pra melhorar, se não resolver, o problema do paciente, que ela ficou escutando. Então a carga que ela leva é dupla: a de resolver, e a emocional que ela carregou. Por isso que eu acho que é imprescindível a gente também ser cuidado, a gente ser apoiado, valorizado no trabalho que a gente faz”. (ACS)

“É a gente que tá entrando (na casa do paciente), é a gente que tá na rua, e é a gente que faz tudo. É o que eu falei: a gente faz o trabalho de todos, mas o nosso ninguém faz. Que nem eles mesmos falam: o médico, pra poder ir lá numa boca de tráfico, tem que ir com o

ACS. Tudo é o ACS. Só que na hora de levar as glórias, é só: meus parabéns, vocês trabalharam direitinho. Você é muito legal”.

Em uma das oficinas os agentes lembraram que só são valorizados quando é preciso “fazer número”, “tirar foto”, quando são convidados ou convocados a participar de eventos institucionais.

“Ah é, quando precisa aparecer é sempre as agentes [...] é que vão, fazendo número”.

“Vou falar: as ACS só vão pra tirar foto, mas não tem curso [capacitação, atualização] e não tem valorização, por que ninguém valoriza você.

Os agentes reconhecem a importância que eles têm dentro da equipe, conforme as diretrizes do PSF, mas se ressentem dessa importância nem sempre ser reconhecida pelos demais profissionais da unidade. Os depoimentos a seguir, compilados de uma das oficinas, ilustram essa situação.

“Eu já cheguei a conversar com gente de dentro da unidade, que acha que o trabalho do ACS é bater perna, ficar andando, passeando. Não é um trabalho, é um passeio” (ACS)

“Então a visão das pessoas ou daqueles colegas de trabalho tem que ser mudada. Eu brinco e falo: quem deveria fazer curso técnico do ACS são as outras pessoas, não somos nós, por que a gente entende aquilo que a gente faz. As pessoas que trabalham conosco – não se coloca isso no geral, porque não são todos – são elas que deveriam fazer alguns cursos pra ter noção. Eu brinco que alguns deveriam ir andar na rua p’ra ter noção. Deveriam bater porta a porta, ouvir o que a gente ouve, p’ra ver se eles entendem que não é um passeio, que eu tenho um trabalho a fazer. Meu trabalho não é fichinha, ele é suado, como o de qualquer um. Como o enfermeiro que atende a consulta, como o médico que tem

que atender, como a recepção que recebe as pessoas. Ele é tão importante quanto. Na prática, nós não somos importantes, na teoria, sim. Na teoria você é quem liga a UBS com o paciente. [...] Se der qualquer bomba, você não avisou. Você não fez o seu trabalho. Então, entra muito dessa questão. Por isso, é eu brinco e falo. Peça fundamental? Será que eu sou a peça? Eu sou tratada como uma peça importante? Eu tenho valor?” (ACS)

A falta de credibilidade no trabalho do ACS, de motivação e de incentivo geram frustração no profissional, afetando seu desempenho.

Trabalhar essas percepções junto com a equipe de saúde da família e aos demais trabalhadores das unidades constitui um desafio urgente e fundamental para resgatar a importância do ACS, já que representa a essência do programa no estabelecimento do vínculo entre a comunidade e a unidade.

4.5.5 - Suporte social: Cuidar dos Indivíduos e Famílias

A “escuta” é uma ferramenta terapêutica que pode ser utilizada pelos profissionais de saúde e, particularmente, pelo ACS, que estabelece um contato mais íntimo com os usuários e suas famílias. É através dessa escuta que podemos estabelecer vínculos entre os profissionais e os usuários e assim construir juntos projetos terapêuticos. Para CAMPOS (2003), “o papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se coloca sob nosso cuidado, mas é também o de ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade das pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida”. O depoimento de uma ACS durante a realização de uma das oficinas é exemplo dessa escuta:

“Quando eu cheguei na casa: ‘e seu marido?’. ‘Ah! ele, meu marido, vai embora sexta-feira p’ra Bahia [...]’. Sei lá, aí, eu não tive o que dizer p’ra ela, né. Ou faz assim ou faz assado. Ela começou a chorar. Só que em vez de falar isso, a única coisa que eu pude fazer, que eu achei que dava naquele momento, podia abraçar [...], dar um copo de água p’ra ela e deixar ela falar. Só. ‘Ah, o que você acha que eu devo fazer?’. Eu falei: ‘Eu não

sei...O que você acha que é melhor p'ra você, que ele vá embora ou que ele fique?'. 'Ah, não sei, gosto dele ainda'. 'Então, tem que ver o que é melhor p'ra você'. E era uma pessoa assim, que eu jamais esperaria isso, por que [...] era pessoa bem ácida, né. Mas naquele momento, 'Que bom que você chegou, entra aí'. 'Ai, meu Deus, o que me espera', né. Não, foi só. E naquele momento eu servi só p'ra ouvir, ela precisava de alguém p'ra ouvir, porque a família tava toda em cima dela: 'Põe p'ra fora, faz isso, faz aquilo, aquilo outro'. Então ninguém tava ouvindo ela, ficava só falando. Então o que eu fiz foi abraçar e dar água" (ACS)

Uma das estratégias do PSF para trabalhar na promoção da saúde é o **suporte social**. Para DALMASO E NEMES F^o (2001), o suporte social é entendido como instrumento de trabalho na atenção básica visando melhorar a qualidade de vida e o domínio por parte de grupos e de indivíduos sobre as situações vividas e é composta por um conjunto de ações, podendo ser realizadas por diversos atores próximos dos que estejam necessitando desse suporte, como parentes, amigos, pessoas da comunidade, voluntários, membros de entidades religiosas, associativas, e outras, e também pelos membros das equipes de saúde da família.

Incluem como suporte social o fornecimento de informação, o apoio emocional, e o suporte instrumental. O relativo à informação é o que favorece a que os grupos ou a pessoas possam “se protegerem e se defenderem melhor, saber onde procurar ajuda para um problema e aprender a se cuidar”. O apoio emocional é caracterizado como “fazer companhia, conversar, aconselhar, encorajar, mostrar que se está do lado da pessoa ou do grupo nas suas decisões”. Ainda em relação a esse tipo de suporte, é que ele “faz com que as pessoas e os grupos ganhem mais confiança, mais força e possam decidir e lutar pelo que desejam”. Por fim, o suporte instrumental significa “fornecer recursos técnicos e/ou materiais para ajudar as pessoa a se protegerem e se cuidarem melhor” (p 8).

Quem decide qual é o suporte necessário? Não pode ser uma decisão só da equipe, mas da conversa dos profissionais com a população e as pessoas, definindo juntos os problemas a serem enfrentados e como fazer” (DALMASO E NEMES F^o, 2001, p 8).

Quando as equipes têm dificuldades de trabalhar em interação, a tarefa de mobilizar esse suporte social acaba recaindo sobre o ACS, em uma missão solitária, sem eco dentro das equipes, aumentando a carga de estresse decorrente do próprio trabalho em saúde e particularmente nas condições adversas de vida a que essas comunidades estão submetidas. Por outro lado, recorrendo a FREIRE (2008), constatar essa realidade deve nos instigar a mudá-la e não nos adaptarmos a ela: “Constatando, nos tornamos capazes de intervir na realidade, tarefa incomparavelmente mais complexa e geradora de novos saberes do que simplesmente a de nos adaptar a ela”.

A questão do suporte social é abordada por ALVAREZ et al. (2004), quando trata do “encontro transformador” entre moradores de rua e profissionais da educação, resgatando o conceito de resiliência e associando-o a conceitos que referenciam-se no ‘amor ao próximo’, e traz uma contribuição importante a esse recurso do suporte social, de se constituir em pontos de apoio positivo diante das adversidades da vida, muitas vezes resultantes de inequidades sociais.

Buscando fortalecer as intervenções na atenção básica, CHIESA (2005), considera a autonomia e a resiliência como categorias que podem contribuir na perspectiva da promoção da saúde, categorias que julgamos importantes na prática dos agentes comunitários de saúde.

A construção, compartilhada entre o profissional de saúde e o usuário e através de uma relação dialógica, de um projeto de intervenção terapêutica ou de prevenção, é proposta por CAMPOS (2006), configurando um contrato, ou em outras palavras, um compromisso assumido pelas duas partes. O “apoio Paidéia” se aplica ao trabalho cotidiano, nos vários espaços da atenção à saúde, como o atendimento individual, o trabalho com coletivos, projetos comunitários, entre outros, para “ampliar a capacidade de análise/compreensão de si mesmo e de relações com o mundo da vida” e “ampliar a capacidade de intervenção sobre si mesmo e sobre organizações e o contexto”.

No estudo realizado em nossa região, observamos que não há essa prática de reflexão com as famílias ou a comunidade, buscando encontrar soluções conjuntas, diante dos problemas identificados, a maioria na esfera social.

O método de trabalho proposto traz para o ACS e para a equipe de saúde a possibilidade de trabalhar através de uma relação de intersubjetividade com o outro que requer nosso cuidado. É preciso atentar, porém, que o outro é um ser com necessidades e desejos, nem sempre confluentes, e que a capacidade de construir autonomia está na dependência da superação de fatores limitantes, como o acesso à informação, a adequação do plano elaborado, e a bagagem ideológica que opera no plano do inconsciente, criando barreiras (CAMPOS, 2006).

Importante contribuição é trazida por BARBIER (2002), ao abordar a utilização da “escuta sensível” por profissionais de saúde, buscando a compreensão de uma situação vivida pelo indivíduo (considerado portador de alguma doença ou não), e não a interpretação e/ou julgamento daquela situação. Dessa forma, o profissional de saúde, apoiando-se na empatia, no reconhecimento e na aceitação do outro, estabelece uma relação que favorece o projeto de intervenção terapêutica proposto por CAMPOS (2006).

A comunicação é uma ferramenta essencial no trabalho em saúde; em especial, no trabalho do ACS, apresenta-se na totalidade das ações/atividades, que usa o diálogo como instrumento de trabalho. De acordo com MANDÚ (2004), no que diz respeito às novas relações geradoras de bem-estar, autonomia, e cidadania, não basta apenas a escuta receptiva. É preciso que as relações sejam desbloqueadas no sentido da horizontalização, por meio do diálogo, que deve se constituir não só em um meio, mas em um fim na prática em saúde, porque valoriza os sujeitos, reafirma outras formas de relação entre poderes distintos, quebra hierarquias e restaura o sentido de totalidade corporal. Nesse sentido, essa abordagem se aproxima do conceito de empoderamento, quando pensado sob a ótica da autonomia. É possível, então, construir um projeto comum de cuidados direcionados a indivíduos, a famílias ou a comunidade, a partir de cada realidade e de um leque de possibilidades, através de um “agir-comunicativo” (PEDUZZI, 2001).

O desafio dos agentes e das equipes é, portanto, através do suporte social, mobilizar recursos para contribuir na melhoria da qualidade de vida, seja do indivíduo, da família ou da comunidade, e ao mesmo tempo, conduzir esse processo de forma dialógica e,

problematizadora, na perspectiva da autonomia e da cidadania, como abordado por FREIRE (2008, p 72-84).

Nessa perspectiva, parece-nos importante pensar essa autonomia também em sua relação com poder e com empoderamento sobre o quais falaremos a seguir.

4.5.6 - O “Empowerment” e a Prática do Agente Comunitário de Saúde

O “empowerment” tem como origem e marco conceitual alguns movimentos sociais e a psicologia social (CARVALHO, 2004 a), tais como os movimentos de auto-ajuda, os movimentos pelo direito da cidadania e o movimento feminista que estão inseridos nas bases conceituais da Promoção da Saúde e relacionados ao processo de participação social.

O autor considera o “empowerment” um eixo central da promoção à saúde afirmando que implícita ou explicitamente, o conceito/ categoria “empowerment” está presente nas estratégias do que ele denomina de nova promoção à saúde (idéia referente à Carta de Ottawa, posterior ao relatório Lalonde) e incorpora os ideais da Promoção à saúde, uma vez que esta se refere a um processo que permite que os indivíduos e coletividades tenham um aumento no controle sobre os determinantes da saúde contribuindo assim, para uma melhor condição de saúde.

Distingue ainda duas noções para a categoria “empowerment”, a psicológica e a comunitária, colocando que as múltiplas dimensões da categoria “poder” relacionam-se à diferenciação destas duas noções, *“o ‘poder’ em que convivem dimensões criativas e instituintes da ação política e dimensões que reforçam o controle e a regulação do social; o poder que é opressão e, ao mesmo tempo, produção e potência liberadora”* (CARVALHO, 2004b).

O “empowerment” psicológico seria definido como “um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas”. Esta visão tem influência de perspectivas filosóficas

individualistas, desconsiderando o meio social. Há uma marca de autoconfiança e independência nos indivíduos.

Em relação ao “empowerment” comunitário, CARVALHO (2004b) aponta que “no processo de ressignificação e repolitização do sentido do “empowerment”, esta abordagem trabalha com a noção de poder enquanto um recurso, material e não-material, distribuído de forma desigual na sociedade, como uma categoria conflitiva na qual convivem dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, com elementos de conservação do *status quo*”. Nesta concepção a sociedade é constituída por diferentes níveis de grupos de poder e de controle de recursos e o empowerment possibilitaria uma modificação nesse quadro, uma vez que possibilitaria uma redistribuição de poder.

Deste modo, tem-se a definição do “empowerment” comunitário como um processo, e um resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo ou desacúmulo de poder (“disempowerment”) no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas CARVALHO (2004b).

Em um segundo momento, CARVALHO (2004b) aponta que o “empowerment comunitário” esteja relacionado às estratégias que promovam a participação social e o controle sobre a própria vida, tendo como resultado o aumento da capacidade de indivíduos e coletivos para intervir nos problemas de saúde, intervenção esta de modo a terem uma postura reflexiva sobre seus próprios problemas. O que de fato seria, como diz o autor, um “caminho para a efetivação de uma Promoção à Saúde saudável”.

Nesse sentido, é importante resgatar as diretrizes para a Promoção da Saúde, estabelecidas nas “Declarações” das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, que afirmam a necessidade de “empowerment” individual e comunitário como instrumentos para a Promoção da Saúde. O reforço à ação social, o que significa aumentar o poder de decisão das pessoas e a participação comunitária, entendidos como “fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde e a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento” é reafirmado na Declaração de Sundsvall, 1991. O “repasso de informação e a promoção do conhecimento” são considerados valiosos instrumentos para a

participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades, como afirma a Declaração de Bogotá, 1992.

Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo é destacado na Declaração de Jacarta, 1997, afirmando que:

“A promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. Ela melhora tanto a habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para influenciar os determinantes da saúde. Para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, requer instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos. Dar o direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança” (OPAS/MS, 2001).

É importante então caracterizar como pode se dar o “empowerment” na prática do agente comunitário de saúde. Para falar de uma prática profissional “empoderadora”, BEDIN (2006), utiliza o modelo analítico elaborado por LABONTE apud BEDIN (2006), que consiste em cinco esferas, a partir das quais os indivíduos vão ampliando seu poder: autocuidado, desenvolvimento grupal, organização comunitária, coalizão para reivindicação e ação política. Ao relacionar a prática “empoderadora” com os Agentes Comunitários de Saúde, Bedin avalia que o vínculo que o ACS deve estabelecer com sua comunidade é um dos pontos importantes para que possa contribuir com o “empowerment” de indivíduos, de grupos e da própria comunidade.

Em seu estudo, merece destaque a observação de que na integração do ACS com os grupos sociais, a prática “empoderadora” esperada fica prejudicada quando esses grupos são focados apenas em relação a agravos à saúde e com abordagem normativa e prescritiva, reproduzindo uma prática pouco transformadora e emancipatória, observada no papel de outros profissionais.

Assim, no presente estudo identificamos a necessidade de que o processo de capacitação/formação seja também um processo empoderador para o ACS, tanto através dos cursos qualificação, como o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, como os

diversos “momentos” de sua formação, que incluem os espaços de reflexão, através de reuniões de equipe, supervisão técnica, e outros.

4.5.7 - Suporte Emocional: Cuidar do Cuidador

O estresse gerado pelo trabalho e a necessidade de suporte emocional para o ACS apareceram com bastante relevância em todas as oficinas realizadas. O estresse emocional está relacionado com a própria natureza do trabalho em saúde e particularmente no caso do ACS, ao lidar com diversas situações e problemas identificados nas famílias e comunidades.

Nas oficinas, os ACS identificaram como função de “escuta”, momentos compartilhados entre os agentes e usuários onde os mesmos relatam problemas emocionais, de relacionamento intra-familiar, sócio-econômicos, situações de exclusão social, violência intra-domiciliar, violência na comunidade, como geradora de estresse, buscando expor suas angústias, preocupações, frustrações, e muitas vezes buscando conforto, ajuda, soluções diante das situações apresentadas.

Analisando sintomas de estresse em estudos com trabalhadores do PSF, CAMELO et al. (2004), identificaram os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde como duas categorias profissionais em situação de risco de estresse. Destacam que o ACS, por sua inserção na comunidade, sem uma formação adequada e um preparo específico para enfrentar os problemas que podem surgir nas relações que se estabelecem, tornam-se mais vulneráveis ao aparecimento de sintomas de estresse. Esses autores observaram que o contato direto com a realidade e o sofrimento do próximo, considerados como elementos próprios do trabalho desenvolvidos por esses profissionais, opera um gasto de energia e adaptação e que a identificação e os laços afetivos, que muitas vezes se estabelecem entre o profissional e o usuário, podem desencadear o processo de estresse. Apontam o suporte aos trabalhadores do PSF tanto como alternativa relevante para o gerenciamento do estresse, como contribuição para um melhor desempenho das equipes em seu trabalho junto à comunidade. Vários depoimentos dos ACS falam nessa direção:

“...E eu acho que também falta, p’ra nós continuarmos sendo ACS, cuidado com nós, com a gente mesmo, né? Do nosso dia-a-dia, a motivação, o incentivo, como diz, assim, é o reconhecimento de que o nosso trabalho é importante” (ACS)

“Às vezes só conversar com o paciente já o ajuda. Às vezes, a gente chega a ficar duas horas na casa do paciente, só conversando com ele, vendo a vida dele. Isso p’ro paciente é um alívio muito grande. Você sai de lá com três baldes de cinco quilos nas costas. P’ra nós é péssimo” (ACS)

“...Eu acho uma coisa boa, às vezes tem que pensar um pouco no ACS. Por exemplo, teve uma reunião só pro ACS, como se fosse uma terapia, teve uma vez. Todos que foram adoraram. Pergunta se teve mais uma vez, não teve mais” (ACS)

“...Não que todo aquele que ta envolvido na ação que não sofra essa carga também, essa pressão de ta cuidando das famílias. É que a gente coloca o ACS porque a gente mora na área. É assim, o médico, ele cuida oito horas, mas ele vai embora, ninguém vai na casa dele, bater e pedir ajuda e você falar ‘não posso fazer isso agora’, porque, se você deixar...Nós é que ficamos” (ACS)

Certamente, consideramos que não só é importante como necessário o suporte emocional para os ACS. Essa prática da escuta, onde as pessoas possam se abrir, conversar, contar sobre os seus problemas, faz parte do trabalho em saúde. Para os ACS esse suporte deveria ser com profissional qualificado e deveria acontecer com sessões uma vez por mês, ou mesmo com intervalo maior. Identificam também as reuniões de equipe, que poderiam ser as de rotina ou reuniões específicas para essa questão, como espaços onde os agentes possam discutir sobre as situações de tensão emocional no atendimento aos indivíduos/famílias, compartilhando com a equipe os seus sentimentos e buscando junto com a mesma um projeto de atenção para esses indivíduos/famílias. Propõem também a

modalidade de terapia comunitária como um instrumento para trabalhar o estresse emocional.

A esse respeito, a experiência descrita por CYRINO et al (2004), traz uma contribuição importante para lidar com os conflitos vivenciados pelos agentes, tanto em seu relacionamento com usuários, como quanto no relacionamento com os profissionais da equipe de saúde, transformando os conflitos em cuidado. O projeto intitulado “Cuidando do cuidador”, ao trabalhar com as intersubjetividades dos profissionais, permitiu aos mesmos reverem sua posição diante da prestação de cuidados.

“Foi, portanto, nesse lugar de encontro que tivemos a possibilidade conjunta de perceber que não éramos os profissionais de saúde obrigados a tudo resolver. O mito da onipotência do ‘cuidador’ se desfaz quando nos vemos sendo cuidados. A introdução do recurso sociodramático, na vivência coletiva, possibilitou a colocação em cena das intersubjetividades, à medida que, postos a conversar sobre nossas relações de trabalho e nossas fragilidades, na condição de cuidadores, descobrimo-nos humanos e, às vezes, despreparados” (CYRINO et al, 2004, p 373).

A criação ou identificação de um espaço para trabalhar as dificuldades sentidas pelos agentes em seu cotidiano é fundamental para fortalecê-los no trabalho de promoção da saúde através do apoio aos indivíduos e famílias.

4.5.8 - Organização da Assistência: a Responsabilização pelo Cuidado

Nesse item, os agentes apontaram a falta de retarguarda no atendimento, isto é, dificuldade no acesso dos usuários ao atendimento na unidade de saúde, principalmente em relação a consultas médicas com médico da saúde da família e com especialistas, quando os usuários são encaminhados pelos agentes comunitários, após identificação de uma determinada necessidade. A demora no agendamento de consultas e falta/demora no atendimento com profissional médico, desgasta a credibilidade no programa. Readequar o

atendimento da demanda de consultas básicas na unidade para facilitar o atendimento aos usuários das áreas de abrangência do PSF, constitui uma das propostas apresentadas nas oficinas.

Com a implantação dos Ambulatórios Médicos de Assistência (AMA), aumentou a dificuldade de estabelecer vínculo da população com o PSF e trabalhar com prevenção e promoção (acompanhamento/monitoramento de pessoas saudáveis e doentes – criança, mulher, gestante, hipertensos, diabéticos, entre outros). Essas unidades caracterizam-se pelo atendimento de urgência, atuando sobre episódios agudos, onde não se estabelece vínculo terapêutico, como o proposto no PSF.

Para CAMPOS (2003), “a condição básica para a construção de vínculo está pois, na capacidade da equipe responsabilizar-se pela atenção integral à saúde daqueles que vivem em um dado território” . Por outro lado, o vínculo se estabelece quando pactuamos, entre o serviço de saúde e o usuário, um projeto de atendimento, reconhecido por ambos, que busca o atendimento de necessidades identificadas por ambos, mas que não é infalível, posto que é humano (profissionais de saúde e usuários) e passível de sofrer alterações a qualquer momento, seja por influência do contexto, seja por decisão de ambos.

Isso requer repensar a organização do trabalho e o fluxo de atendimento do PSF na unidade para de fato estabelecer o acesso dos usuários aos serviços. É urgente também estabelecer esse processo de reflexão com os profissionais que atendem nos AMAs, sensibilizando-os em relação à lógica do PSF e ao papel do ACS, reorganizando o fluxo de atendimento e encaminhamento entre os AMAs e unidades do PSF, para garantir o acompanhamento e monitoramentos dos grupos .

Outro ponto levantado nas oficinas foi a falta de espaço físico nas unidades, ainda que não em todas, para organizar e planejar o trabalho do ACS, bem como para realização de grupos educativos e outras atividades coletivas. Com a implantação de AMAs em duas das unidades de PSF, o problema se agravou, pois para o seu funcionamento foi necessário absorver espaço considerável da unidade básica. Em relação às atividades coletivas e grupos educativos há que se pensar em estimular o seu funcionamento em espaços na comunidade (entidades e organizações não governamentais, igrejas, escolas, praças, pátios,

entre outros), o que aproximaria mais o PSF da comunidade, estimulando e facilitando a participação dos usuários.

4.5.9 - Organização do Trabalho: Autonomia versus Produtividade

O trabalho do ACS é composto por amplo leque de funções que incluem a de promotor e defensor da saúde, de mobilizador da comunidade e de vigilante da saúde, e seu locus de atuação é prioritariamente no espaço das famílias e comunidades. Assim, a natureza desse trabalho pressupõe uma maior flexibilidade na organização do seu trabalho, como afirma CARVALHO (2002, p 71), considerando o cotidiano do ACS: “percebe-se uma maior flexibilidade na regulação de seu trabalho, no autogerenciamento de seu tempo, no desenvolvimento e no ritmo de suas atividades no número de atendimentos diários, no tempo destinado a cada usuário, no horário que inicia e finaliza os turnos de trabalho; demonstrando que, se no trabalho em saúde uma das características é a autonomia, no trabalho do agente de saúde este aspecto assume maiores proporções e potencialidades”. No estudo realizado em município da Grande São Paulo, os resultados encontrados por essa autora apontam para essa lógica de trabalho.

Já em nossa região, a percepção dos ACS em relação a essa questão é de que essa lógica de trabalho está sendo subvertida, considerando-se apenas a quantidade do trabalho realizado e não a qualidade. Esta, para ser alcançada, exige respeito à autonomia e flexibilidade na organização do trabalho, considerando a natureza desse trabalho.

Alguns depoimentos, colhidos nas oficinas, ilustram essa situação:

“...Tenho quinze minutos contados p’ra fazer a visita, tenho que fazer rapidinho, que eu tenho mais [visitas] p’ra fazer lá” (ACS). Nesse depoimento, a agente acrescenta ainda que tem que ter mais tempo para que o paciente tenha confiança para contar sobre os problemas de saúde dele.

“Tem que chegar, conversar, ganhar confiança. Isso demora” (ACS)

“Às vezes é só depois de três, quatro visitas que o paciente vai contar alguma coisa. Às vezes, através da equipe, você já sabe de uma doença que o paciente tem, mas ele não vai comentar com você. Então você tem que ir conversando. Por que se você está ali p’ra prevenir, você tem que conhecer” (ACS)

“Às vezes, as dez visitas por dia é uma dificuldade [...] Por que? Porque fala dez visitas. Por exemplo, dez casas. Se você vai p’ra área [...] que não tem muitos problemas, tá tudo bem, você faz uma visita mais rápida. Só que se calha naquele dia você visitar - tem um quarteirão meu que só tem problemático - então eu não consigo visitar dez naquele dia. Porque o meu tempo, eles consomem muito. Então se têm problemas mais graves, então minha visita é mais demorada. Eu tenho que falar várias vezes muitas coisas. Tenho idosos, tenho um até que é meio demente, você tem que falar, tem que falar...” (ACS)

Essa flexibilidade, pressuposta pelo trabalho, entra em conflito com a meta de produção diária de visitas às famílias, exigida pelo serviço, prejudicando assim a organização e distribuição do tempo de acordo com a necessidade das pessoas, com tempo adequado para a escuta:abordagem inicial, estabelecimento de vínculo e relação de confiança entre ACS e usuário.

A prioridade tem sido em relação ao número de visitas domiciliares realizadas e não em relação às atividades intersetoriais e de articulação com a comunidade para refletir e agir sobre os problemas que interferem na saúde:

“Hoje, eles querem quantidade e não qualidade”. (ACS)

“O sistema gira em torno de números [referindo-se a quantidade de visitas domiciliares]” (ACS)

Por outro lado, os agentes reconhecem que a visita domiciliar é um espaço importante e necessário para a realização do seu trabalho, de acompanhamento e monitoramento da situação de saúde dos indivíduos e das famílias:

“Mas eu percebo que p’ra prestar o serviço, eu preciso executar isso também. A gente não pode fugir dessa responsabilidade” (ACS)

É necessário então, garantindo a autonomia e, ao mesmo tempo, a supervisão do trabalho do ACS, repensar a forma como está se dando a prática desse profissional nessa região para que não perca a essência e a potencialidade do seu trabalho na promoção da saúde.

Outra questão colocada nas oficinas é que o ACS acaba assumindo tarefas, nem sempre condizentes com suas atribuições, e que demandam tempo. Algumas tarefas citadas foram: entregar na casa do pacientes encaminhamentos para exames ou especialidades, agendamento e remarcação de consultas, receita do (programa) “remédio em casa”. O recenseamento ou estatística sobre pessoas internadas, nascimentos, óbitos, e outros, e o preenchimento de mapas de trabalho, também foram apontados como tarefas que demandam tempo para sua execução, disputando com o tempo destinado às atividades na comunidade sob o olhar mais amplo da promoção da saúde, como mobilização ou ações intersetoriais.

“...Nós somos ATA de rua [referindo-se ao auxiliar técnico administrativo], nós não somos mais a peça [fundamental]. ATA de rua, a gente só leve recado, encaminhamento, só. Se a pessoa perdeu o encaminhamento por que você tava na casa de uma gestante, cuidando, dando uma orientação, você é incompetente [...]. Cadê a promoção que eu tinha tempo de fazer, sendo que eu recebo todo dia uma pilha de documentos pra entregar” (ACS)

“Assim, quando eu pensei em trabalhar como agente, eu tinha uma visão de agente de saúde lá de Minas Gerais, né.[...] Pensei que aqui seria a mesma coisa, até porque foi-nos passado dessa forma, né. No Momento I passaram que a o agente de saúde ia ser um agente transformador. Só que na prática eles chamam a gente de garoto de recado, não é.

Então, a gente não tem tempo, devido a cobrança que há, a gente não tem tempo de fazer ações p'ra tentar transformar a comunidade em si. Então, essa é a dificuldade que eu vejo” (ACS)

“Tem a burocracia também do sistema. Nós temos papéis, muitos relatórios, com isso nós perdemos muito tempo, um tempo que nós podíamos estar destinando ao paciente” (ACS)

Todas as atividades dos agentes são registradas em instrumentos próprios, os mapas de produção (Fichas), que alimentam o SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica, destinado a conhecer a realidade sócio-sanitária da população e avaliar o desempenho do PSF. No caso do ACS, os instrumentos de coleta de dados são: Ficha-A (cadastramento das famílias); Ficha-B-GES (acompanhamento de gestantes); Ficha-B-HÁ (acompanhamento de hipertensos); Ficha-B-DIA (acompanhamento de diabéticos); Ficha B-TB (acompanhamento de pacientes com tuberculose); Ficha-B-HAN (acompanhamento de hanseníase); Ficha-C –Cartão da Criança (acompanhamento de crianças); e Ficha-D (registro de atividades, procedimentos e notificações).

Em estudo analisando as ações de promoção da saúde realizadas pelo ACS em uma unidade de saúde da região central de São Paulo, ALMEIDA (2008) constatou que entre os conjuntos de ações dos cinco eixos de competências do ACS, o conjunto de ações referentes às ações de prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades aparece em segundo lugar na distribuição percentual. Segundo a autora, “esse tipo de modalidade é o conjunto de ações que mais se destaca, aquele que requer maior empenho técnico-administrativo, exigindo um tempo para desempenhar as funções burocráticas, igualmente maior”.

Em nosso estudo os agentes reconhecem que os instrumentos são necessários para alimentar o sistema, mas que sobrecarregam o trabalho do ACS, segundo sua percepção. Além dos instrumentos do SIAB, outros vão sendo implantados, conforme a necessidade do município, para complementar as informações, como por exemplo, as relativas ao controle

da dengue, aos sintomáticos respiratórios, e outros. Atualmente foi implantado outro instrumento que detalha a distribuição de trabalho diário do agente. “O dia do ACS” registra as horas trabalhadas e horas não trabalhadas, tudo o que o ACS fez durante o dia de trabalho, quantas horas gastas em visita domiciliar, quantas horas em planejamento, quantas horas em grupos educativos, entre outros.

Especificamente em relação a um dos instrumentos de coleta, a Ficha-A (cadastramento das famílias) foi apontado em uma das oficinas sua inadequação à realidade local e atual:

“[...] Porque a Ficha-A é meu instrumento de trabalho, ela tem que me acompanhar no meu trabalho, né. E tem várias coisas que talvez não precisava de eu ficar tanto tempo escrevendo, porque deveria de constar na Ficha-A e não consta. Então poderia melhorar esse instrumento de trabalho. A Ficha-A [deveria ser] regionalizada, atualizada, segura [...]. Desse jeito que tá, dificulta o meu trabalho como agente comunitário” (ACS)

Rever os instrumentos de coleta, os relatórios de estatísticas, de atividades, e de produção, buscando otimizar a coleta e o registro das informações e não onerar o tempo do ACS para que ele possa se dedicar mais às atividades na comunidade e demais atividades próprias de sua função constitui mais um desafio a ser enfrentado.

5.5.10 - Situação de Trabalho

Em relação às condições de trabalho, a remuneração salarial é avaliada pelos agentes como não condizente com a complexidade da atuação do ACS. Os agentes com mais tempo de atuação constataam que o salário deles teve menor recomposição em relação aos salários dos demais profissionais da equipe, o médico, a enfermeira e o auxiliar de enfermagem. Sugerem a recomposição do salário para o valor de dois salários mínimos.

A falta de autonomia para organizar o próprio trabalho, já abordada anteriormente, é aqui reafirmada pelos agentes, propondo a flexibilidade para organizar a distribuição da carga horária em função das necessidades e prioridades do trabalho do ACS.

A demora para contratação de agentes em substituição às demissões, licenças médicas e afastamentos causam sobrecarga aos demais agentes da equipe, pois têm que “cobrir” a área que ficou desfalcada, até a admissão do novo agente. Rever o processo de contratação de agentes em casos de substituições, buscando sua agilização parece ser uma medida possível, estabelecendo um compromisso junto à instituição parceira, responsável pelo gerenciamento do PSF na região. Já a perspectiva de evolução dentro da profissão, com implantação de um plano de carreira, conforme demanda apontada nas oficinas, constitui um desafio, mais complexo e em longo prazo, a ser enfrentado.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do referencial teórico da Promoção da Saúde, essa pesquisa-ação propôs-se a analisar a percepção do Agente Comunitário de Saúde em relação às ações de promoção da saúde bem como caracterizar o perfil desse profissional e seu processo de formação.

A Promoção da Saúde constituiu-se como novo modelo teórico conceitual na área da saúde na década de 1970, ampliando sua abrangência em relação às limitações do modelo paradigma biomédico, e incorporando em seu referencial os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Esse modelo, adotado pela OMS, tem influenciado as políticas de saúde em vários países ao redor do mundo. Mais que para o setor saúde, ela constitui-se num referencial que pretende orientar as políticas públicas de modo geral, uma vez que suas premissas são voltadas aos determinantes sociais da saúde e a organização da sociedade para enfrentar esses determinantes. Esse direcionamento representa porém uma das correntes da Promoção da Saúde e difere de outra importante corrente, a que é focada apenas nas mudanças comportamentais (de onde vem a denominação de corrente behaviorista) e nos estilos de vida e hábitos de vida saudáveis, que também tem influenciado as políticas de saúde de vários países.

No Brasil, a Promoção da Saúde começou a fazer parte das reflexões no campo da saúde na década de 1980, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, influenciando o movimento da Saúde Coletiva, iniciado na década anterior. A Constituição Brasileira (1988) e as Leis Orgânicas da Saúde (1990) incorporaram muitos dos preceitos da Promoção da Saúde propostos pelas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde.

O Programa de Saúde da Família, importante estratégia do Sistema Único de Saúde para organizar a atenção básica, também teve considerável influência desse modelo, o qual se expressa nas principais definições do modo de trabalho do PSF, nas atividades previstas e nas atribuições definidas para as equipes e para cada profissional de saúde do programa.

O Programa Saúde da Família foi implantado no país em 1994, precedido de um modelo semelhante, com menor complexidade, porém, de atuação, o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde, oficializado em 1991. Esse programa, por sua vez, também foi precedido de vários projetos e experiências de organização da atenção primária que incorporam o Agente Comunitário de Saúde na década de 1980.

No PSF, o Agente Comunitário de Saúde tem sido caracterizado como um “elo de ligação” entre a comunidade e a unidade de saúde, ou como um “interlocutor privilegiado” entre os serviços de saúde e as famílias/comunidades.

Na caracterização desse profissional, o PSF define-o como sendo “alguém que se destaca na comunidade pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce” e entre suas atribuições específicas destacamos as atividades de educação para a saúde individual e coletiva; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida; e identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pelas equipes.

No presente trabalho, utilizamos a pesquisa-ação como método de investigação-ação, que se propõe a um processo de mudança da realidade e, ao mesmo tempo, um processo de geração de conhecimento advindo das duas partes envolvidas, pesquisador e agentes comunitários de saúde, e um processo educativo de inter-transmissão e compartilhamento dos conhecimentos já existentes. Essa metodologia buscou, através de seu processo e de seus resultados, fortalecer o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, contribuindo para o empoderamento desses profissionais e atores sociais, em relação ao seu papel e às suas atribuições dentro da Equipe de Saúde da Família.

O trabalho, desenvolvido através da realização de Oficinas de Reflexão, Oficinas de Sistematização e Seminário sobre a Promoção de Saúde e o Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, buscou através do debate reflexivo e com mediação problematizadora, trazer à tona a percepção desses profissionais acerca da sua concepção e prática em relação às ações voltadas à Promoção da Saúde.

O processo foi bastante rico e as oficinas constituíram-se em importantes espaços de debate e reflexão sobre os temas abordados, espaços esses que foram muito valorizados pelos ACS e necessários à prática cotidiana desses profissionais, mas que não têm sido oportunizados pela direção do programa, em seus diversos níveis de coordenação na região estudada, o que pode aqui ser tomado como primeira proposta de mudança da prática do PSF: a de resgatar sua concepção inicial de trabalho coletivo, construído e reconstruído de forma participativa. O processo de resgatar as percepções do agente comunitário de saúde em relação à sua prática remeteu-nos a ferramentas captadas de outros saberes, como a escuta sensível (BARBIER,2002) de outras ciências para compreender essa realidade vivida pelos agentes e não interpretá-las. O rigor científico, porém, de uma dissertação exige uma confrontação do que emergiu como percepção e compreensão da realidade com o referencial teórico proposto e outros referenciais teóricos que possam contribuir para analisar esses resultados.

Numa primeira abordagem desses resultados trazemos a caracterização do perfil dos profissionais com quem desenvolvemos a pesquisa-ação.

“Os” Agentes Comunitários de Saúde que participaram desse trabalho, em quase a totalidade (94,7%), são na verdade “as” agentes, isto é, mulheres. Apesar dessa maioria do sexo feminino, optamos no texto pelo tratamento no masculino por considerar o conjunto que é composto, por quatro agentes do sexo masculino. A maioria encontra-se na faixa etária entre 20 e 60 anos (92%) e declaram-se da cor parda (51,3%). Eles nasceram em área urbana (86,9%), da região Sudeste (80,3%) e residem em casa própria (57,9%), mas no mesmo bairro onde atuam, há mais de 20 anos (63,2%).

Em relação ao estado civil, 46% são casados/unidos e 38% solteiros. Têm em média de 1 a 3 filhos (71%), e a renda familiar situa-se entre dois e seis salários mínimos (40,8%), mas para uma grande parte deles (39,5%) a renda familiar é menor que dois salários mínimos, tendo como referência o valor do salário mínimo de agosto de 2008. A maioria absoluta tem o ensino médio completo (90%) e mais da metade fizeram um curso profissionalizante.

Chamou-nos a atenção a baixa participação dos agentes na comunidade onde moram, seja em associações de bairro/moradores, associação de pais e mestres, ou conselhos, como conselhos de saúde e conselho tutelar. Dos que participam, a maioria atua em igreja ou comunidade religiosa. Esse fato pode estar relacionado com a dificuldade de se articular com essas entidades enquanto desempenho de sua função como agente comunitário.

Também chamou atenção a motivação para ser agente comunitário, questão para a qual a maioria identificou uma oportunidade de emprego, embora muitos tenham apontado como motivação o fato de gostar da área da saúde ou gostar de trabalhar com as pessoas. No contexto sócio-econômico em que vivemos, com níveis preocupantes de desemprego nas regiões metropolitanas, parece-nos compreensível a busca por uma oportunidade no mercado de trabalho, aliado ao fato de ser uma profissão que não exigia, até então, uma qualificação profissional prévia.

Como resultado do trabalho buscamos também caracterizar o processo de formação e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde. Há uma preocupação e uma mobilização efetivas do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, em nível central, e dos municípios através das Escolas Técnicas do SUS, em relação à formação técnica desse profissional. A estratégia adotada parece-nos adequada, com formação em serviço, distribuída em períodos de concentração e dispersão, através de módulos de formação, sendo o primeiro módulo compatível com a formação fundamental, para que todos os agentes possam completar o ensino médio e completar a formação técnica.

Mas a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde, é de que esse processo tem transcorrido num intervalo de tempo muito longo, necessitando de readequação para que mais turmas em cada unidade possam concluir o ciclo de três módulos de formação em um tempo menor. Essa percepção está relacionada a uma valorização e reconhecimento do Agente Comunitário e do trabalho que desenvolve enquanto profissional de saúde.

Além da formação técnica, o PSF prevê Módulos de Capacitação para os profissionais, mas no momento apenas o Módulo I, o de apresentação do PSF, está sendo

dado efetivamente, e está a cargo da instituição parceira que gerencia o programa na região estudada.

Observamos um distanciamento entre o gerenciamento do programa pela instituição parceira e a coordenação regional/local realizada pelos órgãos diretos da administração municipal, acarretando por vezes um distanciamento entre as orientações previstas nacionalmente no programa, e traduzidas na prática em experiências de sucesso em vários municípios, conforme vasta literatura a respeito, e a prática desenvolvida pelas equipes de saúde da família, gerenciadas pela instituição parceira observadas em nossa região.

Vários aspectos levantados pelos Agentes Comunitários de Saúde apontam nessa direção, embora outros aspectos observados em relação à prática dos mesmos não estejam relacionados ao fato de não estarem sob a gerência direta da administração municipal e necessitem serem pensados à luz de referenciais teóricos e empíricos que possam contribuir para superação dos nós críticos, a que no trabalho em questão nos referimos como sendo limitações e desafios.

No trabalho desenvolvido, as ações de Promoção da Saúde foram analisadas segundo as competências propostas no Perfil Profissional do Agente Comunitário de Saúde, em especial, a competência “Promoção da Saúde” definida nesse Perfil como sendo o desenvolvimento em equipe, de ações de saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle da sociedade sobre o setor saúde.

As habilidades (saber-fazer) propostas para essa competência foram agrupadas em quatro categorias de análise. A análise sobre a “Identificação e reflexão sobre os determinantes da saúde e situações promotoras de saúde” mostrou que os Agentes Comunitários de Saúde têm compreensão do processo saúde-doença e os determinantes sociais desse processo. Porém, têm dificuldade em implementar processos de reflexão junto aos indivíduos e coletividades acerca de suas condições de saúde/doença, os seus determinantes e forma de enfrentá-lo, contribuindo para o “empowerment” individual e coletivo. Essa dificuldade parece-nos relacionada ao insuficiente processo de capacitação, bem como ao reflexo da forma de trabalho das equipes e das unidades de saúde, que, apesar

das diretrizes e princípios do PSF, trabalham com referencial do modelo biomédico. Na categoria “Ações educativas individuais e coletivas” também observamos o reflexo do modelo biomédico na prática educativa dos agentes, voltadas com maior prioridade a prevenção e monitoramento de grupos específicos. Consideramos a educação em saúde uma importante ferramenta para os Agentes Comunitários de Saúde trabalharem a Promoção da Saúde, desde que, além da transformação pessoal, através do auto-cuidado, tenha como objetivo a transformação social, através de processos de “empowerment” dos indivíduos e coletividades.

Nesse ponto, é importante uma abordagem sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, cujo escopo geral propõe a articulação intersetorial voltada a implantar políticas públicas de amplo alcance social e coletivo, porém, no plano individual parece estar mais focada em mudança de hábitos e desenvolvimento de estilo saudável. Quando traduzida ao plano individual, precisamos ter cuidado para que essa política seja desenvolvida de modo a reforçar a capacidade dos indivíduos e coletividades no controle de sua saúde, e não seguir um modelo prescritivo e de culpabilização dos indivíduos. A capacitação “pedagógica” dos ACS para praticar uma educação de saúde que seja reflexiva e problematizadora com vistas ao crescimento dos indivíduos e a transformação social merece destaque em uma política de formação/capacitação desses profissionais.

Em relação à “Articulação intersetorial”, a análise dessa categoria mostra que, apesar de ser uma das ferramentas mais importantes para atuação na Promoção da Saúde, sua viabilização, na prática, representa um enorme desafio.

Na categoria “Participação/Cidadania”, observamos pouca ou nenhuma participação dos agentes nas reuniões e atividades do conselho local de saúde e demais conselhos das áreas sociais, incluindo o conselho tutelar. Da mesma forma, não há um trabalho de mobilização da população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais. A participação em instâncias colegiadas de decisão e fiscalização é fundamental para exercer o controle cidadão sobre os órgãos e serviços públicos, e dessa forma exercer poder e expressar a cidadania.

Para trabalhar as possibilidades do ACS na Promoção da Saúde, iniciamos com sua atuação na participação e ação comunitária.

Trabalhar o conceito da Promoção da Saúde, definido na Carta de Ottawa com os ACS necessariamente nos levou a refletir sobre o “processo de capacitação dos indivíduos e coletividades”. Para WESTPHAL (2006), essa capacitação deveria ser entendida em dois sentidos. Um deles seria através da participação na formulação de políticas públicas que buscassem melhoria das condições de vida, atendendo as necessidades básicas de alimentação, moradia, saúde, entre outras. O outro sentido, diz respeito mais ao desenvolvimento pessoal dos participantes; por isso é mais subjetivo. O auto-respeito, a integração social, e a capacidade para participar da vida social, entre outros, seriam as funcionalidades a serem alcançadas através de capacitação dos indivíduos.

Em decorrência, observa-se que uma das cinco estratégias da Promoção da Saúde é o reforço da ação comunitária e o centro desse processo é o incremento do poder das comunidades, ou seja, a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino, como definido na Carta de Ottawa, 1996:

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

Assim delimitada a questão, colocamos nesse cenário o ACS como um ator que reúne potencialmente condições privilegiadas para desenvolver um trabalho de propiciar e favorecer a participação e ação comunitária. Quando selecionado de acordo com o perfil esperado, subsidiado por um processo de capacitação/formação e apoiado pela equipe de saúde, esse profissional reúne características importantes que o habilita ao papel incentivador de processos de participação, que levam ao “empowerment” dos indivíduos e comunidades.

Um aspecto importante a ressaltar é que, na proposta que apresentamos, os resultados obtidos ao término do trabalho podem também ser considerados não como

resultados finais e sim como base para um novo processo de investigação, ou, em outras palavras, ser considerado apenas uma etapa do processo da pesquisa-ação, instigando o grupo a prosseguir no trabalho, desencadeando um amplo processo investigativo, e tendo como grupo principal de pesquisadores, não apenas os representantes dos ACS, mas o coletivo dos mesmos e as equipes de saúde da família.

Por sua vez, sendo uma pesquisa-ação, os resultados obtidos no processo investigativo devem culminar com um plano de ação, envolvendo em sua execução os participantes da pesquisa. Nossa proposta inicial incluiu a apresentação de um plano de ação, ainda que não denominado dessa forma, quando nos propusemos a identificar as possibilidades e limitações do trabalho do ACS em Promoção da Saúde, e apresentar possíveis soluções aos problemas identificados, o que em parte foi contemplado, como vimos na apresentação dos resultados.

Por outro lado, deixamos claro que a execução do plano de ação estaria condicionada à possibilidade de continuidade da pesquisa-ação, o que por sua vez, estaria na dependência de acordos com as coordenações locais e regionais dos serviços de saúde envolvidos. Em que pese a indefinição sobre o desfecho dessa possibilidade, ficou claro para o grupo, pesquisador e agentes pesquisadores, a necessidade de apresentação dos resultados em forma de relatório final, consolidando os resultados do processo de reflexão, a identificação de problemas e possíveis propostas de resolução, se não de todos, de uma boa parte deles. Ficam, assim contempladas a pesquisa e a ação.

Como perspectiva apontamos para a necessidade de resgatar o papel do gerente da unidade de saúde da família, como elemento que potencialmente reúne as condições para favorecer a atuação dos agentes e das equipes sobre os determinantes sociais da saúde, a articulação intersetorial e a mobilização da comunidade

Entendemos que o espaço das equipes de saúde da família é um lócus privilegiado para desenvolver o trabalho de supervisão e formação contínua por favorecer um processo reflexivo sobre a prática dessas equipes no seu cotidiano, trazendo à tona as perspectivas e possibilidades.

Acreditamos que o maior desafio a ser superado pelas equipes é desenvolver habilidades para trabalhar, à luz do paradigma da complexidade, a contradição entre um possível ideal de saúde e a situação real e concreta vivida pelos indivíduos/famílias e comunidade, na perspectiva da autonomia e do “empowerment” desses atores e das equipes de saúde.

Consideramos que a realização da presente investigação possibilitou sistematizar um processo de reflexão e problematização com os agentes comunitários de saúde, contribuindo para a produção de um conhecimento que esperamos possa instrumentalizar o processo de formação e educação permanente dos mais de duzentos mil agentes comunitários no país.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

“Ser a ponte entre a comunidade e a UBS. Estar preparado para ouvir e não julgar, não desistir diante dos obstáculos, ter orientação, capacitação, atualização, estar politizado e comprometido” (ACS)

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akerman M, Mendes R, Bógus CM, Westphal MF, Bichir A, Pedroso ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. Rev Saúde Pública. 2002; 36(5):638-646.

Akerman M, Mendes R, Bógus CM. É possível avaliar um imperativo Ético? Ciência e Saúde Coletiva. 2004; 9(3):605-615.

Almeida Filho N. Uma breve história da epidemiologia. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N., organizadores. Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 17-36.

Almeida Filho N. O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. Documento comissionado pela ANVISA para discussão no I Seminário Temático.

Almeida EZ. As concepções do agente comunitário de saúde sobre promoção da saúde. [Dissertação de Mestrado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2008.

Alvarez AMS, Alvarenga AT, Fiedler-Ferrara N. O encontro transformador em moradores de rua na cidade de São Paulo. Psicologia e Sociedade. 2004;16(3):47-56.

Alves Sobrinho EJ, Chiesa AM, Sousa MF. PSF: um sonho possível na cidade de São Paulo. In: Sousa MF, organizadores. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo:Hucitec; 2002. p.37-46.

Alves Sobrinho EJ, Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. Estudos Avançados, 2003. 17 (48):209-227.

Andrade LOM, Bezerra RCR, Barreto ICHC. O programa de saúde da família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. Rev. Adm. Pública. 2005; 39(2): 327-49.

Barbier R. Escuta sensível na formação de profissionais de saúde. Conferência proferida na Escola Superior de Ciências da Saúde-FEPECS-SES-GDF. Brasília.Julho-2002. – Disponível em <http://www.barbier-rd.nom.fr/>

Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R de. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 2004. 9(3):655-667.

Bedin N. Agente Comunitário de Saúde e empoderamento: o caso da Coordenadoria de Saúde da Lapa; 2006. [Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Bernardino MTSM, Conversani DTN, Bógus CM, Feliciano AB. Consensos e divergências: a capacitação profissional das equipes de saúde da família no município de São Carlos (SP). Trabalho, Educação e Saúde. 2005; 3(1):75-89.

Bógus CM, Westphal, MF. Participação social e cidadania em movimentos por cidades saudáveis. In: Fernandez JCA, Mendes R. (organizadores). Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Hucitec-CEPEDOC Cidades Saudáveis. 2007, p 61-83.

Bousquat A, Cohn A, Elias PEM. Implantação do programa de saúde da família e exclusão sócio-espacial no município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(9):1935-1943.

Brasil. Constituição Federal. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde, Brasília, 1988

Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, 1990

Brêtas ACP, Ratto MLR. Saúde, doença e adoecimento. In: Brêtas ACP, Gamba MA (organizadores). Enfermagem e saúde do adulto. Barueri: Manole. 2006, p. 29-36.

Buchabqui JA, Capp E, Petuco DRS. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2006;30(1):32-38.

Bursztyn I, et al. Programa de saúde da família: uma análise prospectiva. Cad Saúde Coletiva. 2003;11(1):93-112.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência e Saúde Coletiva. 2000a; 5(1):163-177.

Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde Informe. Cadernos de Saúde Pública. 2000 b ;22(9):2005-2008.

Buss P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. (orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis-Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.

Camelo SHH, Angerami ELS. Sintoma de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-am Enfermagem*. 2004; 12(1):14-21.

Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004;9(3):745-749.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p.229-266.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):393-404.

Campos GWS. Reflexões sobre a clínica em equipes de saúde da família. Textos de apoio ao projeto prioritário acolhimento. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. 2004, mimeo). Texto publicado in Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo:Hucitec. 2003, p 68-77

Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2006.

Caponi S. Georges Canguilhem y el estatus epistemológico Del concepto de salud. *História, Ciência, Saúde*. 1997;IV(2):287-307.

Carvalho AI, Stotz EN, Valla V, Mendes EV. Desenvolvimento recente em conceitos, métodos e práticas da Promoção da Saúde. In: Buss PM, organizador. *Promoção da saúde e a saúde pública: contribuições para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina*. Rio de Janeiro.1988; p.31-60.

Carvalho AI, Bodstein RC, Hartz Z, Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004; 9(3):521-529.

Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004a; 9(3):669-678.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004b; 20(4):1088-1085.

Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde – sujeito e mudança. 2. ed. São Paulo:Hucitec; 2007.

Carvalho VLM. A prática do agente comunitário de saúde. Um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeverica da Serra. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Chiesa AM, Sousa MF, Batista KBC. São Paulo: Um mundo de gente. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 2002; 4:19-23.

Chiesa AM, Fracolli LA. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 2004 (ed esp)

Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da promoção da saúde. [tese de livre docência].São Paulo (SP): EEUSP; 2005.

Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT
A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(2):236-40.

Cohn A, Nakamura E, Cohn C. O programa de saúde da família entre o público e o privado. In: Viana ALA, Paulo EME, Ibañez N. *Proteção social: dilemas e desafios*.1.ed.São Paulo: Hucitec; 2005. p. 168-185.

Cunha PV. Metodologia da pesquisa-ação. In: Thiollent M. *Metologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez: Autores Associados; 1986. 108p.

Cyrino AP, Nakamoto E, Rollo GLG, Andrade N, Freire P. O projeto “Cuidando do cuidador”: a experiência de educação permanente em saúde do centro de saúde escola de Botucatu. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2004; 2(2):367-379.

Da Ros MA, Basen CB, Netto MS, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2007; 16(1):57-68.

Dalmaso ASW, Silva JA. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Dalmaso ASW, Nemes Fº A, Promoção da Saúde. In: Manual de Condutas Médicas. MS. Programa Saúde da Família. São Paulo:IDES, 2001. p.7-9.

Deluiz, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Caderno Formação – Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, 2001.

Fracolli LA. O Programa Saúde da Família como uma estratégia para a inclusão social na perspectiva do trabalho de enfermagem. O mundo da saúde. 2005;29(1).

Franco MAS. Pedagogia da Pesquisa-Ação. Educação e Pesquisa São Paulo. 2005; 31(3): 483-502.

Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. Ed esp. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM., organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003. p. 141-159.

Jungues JR Complexidade, transdisciplinariedade e ética. Apresentado na disciplina de pós graduação Temas Avançados de Saúde Coletiva. EEUSP. 2008 (mimeo)

Leavel H, Clark EG. Medicina Preventiva, MacGraw-Hill, São Paulo, 1976.

Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(4):931-943.

Lima, VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2005; 17(9):369-79.

Haguette TMF. Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petrópolis:Vozes, 1987, p.95-134.

Mandú ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. Revista Latino-am Enfermagem.2004;12(4):665-75.

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucite;1996. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde; p. 233-300.

Mendes EV. Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1999. Cap.1, p. 19-91.

Mendes R, Akerman M. Intersetorialidade: Reflexões e práticas. In: Fernandez JCA, Mendes R. (organizadores). Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Hucitec-CEPEDOC Cidades Saudáveis. 2007, p 85-109.

ME - Ministério da Educação, MS-Ministério da Saúde. Referencial Curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde. Área Profissional Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2004.

MS - Ministério da Saúde. Manual de Diabetes, 2ª Ed. Brasília: Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas, Departamento de Assistência à Saúde, MS, 1993.

MS - Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.p:1-34.

MS - Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família [online]. 2000. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/menu/menu.htm>

MS - Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Caderno 3 - Educação Permanente, Brasília, 2000)

MS - Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasil.Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2001. 128 p.

MS - Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Brasília:PNUD/Ministério da Saúde, 2001).

MS - Ministério da Saúde. Caderno Formação - Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. 2001.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial. Brasília, 2002.

MS - Ministério da Saúde. Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário da Saúde e dá outras providências [lei na internet]. 2002 [acesso em 08 ago 2006]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>

MS - Ministério da Saúde. Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal (agentes comunitários de saúde e agente de combate às endemias. Brasília, 2006.

MS - Ministério da Saúde. *O que é PSF?* In: Portal da Saúde [texto na internet]. 2005 [acesso em 01 out 2005]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=15894

MS - Ministério da Saúde. Agentes comunitários de saúde. In: Portal saúde [texto na internet]. 2006 [acesso em 07 ago 2006]. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=15990.

MS Ministério da Saúde. Portaria Nº 687, de 30 de março de 2006 e Anexo I. Política Nacional de Promoção da Saúde, 2006.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo:Hucitec, 2008.

Minayo MCS, Rosemberg B. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1):115-123, 2001.

Morin E. Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro. São Paulo/Brasília, Cortez/UNESCO, 2000

Morin E. *Ciência com consciência*. 5 ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2001.

Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Caderno Formação – Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, Maio de 2001.

Oliveira DL. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13(3):423-31.

Paim JS. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho, N. organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. – 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003a. p. 587-604.

Paim JS. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM., organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2003b. p. 161-174.

Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. ANVISA. Comitê de Política de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária, 5º Seminário Temático, 28/03/2001, [acesso em 02 nov 2007] Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/seminario/modelo.htm>

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*. 2001;35(1):103-109

Pimenta SG. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. *Rev Educação e Pesquisa*, São Paulo. 2005;31: 521-539, set/dez.

PMSP. Sumário do Município de São Paulo. Disponível em: [http://www.<portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias\(governo\)sumario_dados/2002>](http://www.<portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias(governo)sumario_dados/2002>). Acesso em 07 jul.2004.

Ramos, MN. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. Caderno Formação – Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, Maio de 2001.

Rouquayrol MZ, Goldbaum M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho, N, organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. – 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 17-36.

Santana ML, Carmagnani, MI. Programa de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionais e vantagens. *Saúde e Sociedade*. 2001;10(1):33-53.

Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*. 1999;13(35):71-88.

Santos LPGSS. A atuação do agente comunitário de Saúde de São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Refletindo sobre a mudança do modelo assistencial em saúde: a estratégia do Programa Saúde da Família. Mimeo. 1997.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Projeto de implantação do PSF no Município de São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Mimeo. 2001a.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Implantando o PSF- Projeto de formação, capacitação e educação permanente para o pessoal das unidades de saúde da família. Mimeo. 2001b.

Secretaria Municipal de Saúde do MSP. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Painel de monitoramento das condições de vida e saúde e da situação dos serviços de saúde – Avaliação da Equidade: Índice –Saúde 2005 por Subprefeitura e tendências nos últimos quatro anos, SMS/CEInfo; 2005.

Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Santos LPGSS. A atuação do Agente Comunitário de Saúde de São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde [dissertação de mestrado] São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Solla JJSP. Entrevistadores: Franco LJ, Campos GP, Machado CA. Org: Lessa I. Entrevista: O enfoque das políticas do SUS para promoção da saúde e prevenção das DCNT: do passado ao futuro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004; 9(4):945-956.

Souza MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. *Rev Bras Enferm*;2000;53(especial):25-30.

Souza MF. *Agentes Comunitários de Saúde:choque de povo!* São Paulo:Hucitec; 2001.

Souza MF. *A cor-agem do PSF*. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 27-32/121.

STS. *Supervisão Técnica de Saúde Jabaquara Vila Mariana.Assessoria Técnica do Programa de Saúde da Família*. 2007

Thiollent M. *Metologia da pesquisa-ação*. 9.ed. São Paulo:Cortez: Autores Associados, 2000, 108p.

Thiollent, M. Notas para o debate. In: Brandão, CR. *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1984.p.82-103.

Traverso-Yépez MA. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*. 2007;11(22):223-238.

Tripp D. *Pesquisa-ação: uma introdução metodológica*. *Educação e Pesquisa*.2005; 31(3):443-466.

Westphal MF. *Promoção da saúde e prevenção de doenças*. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2006.

Zioni F, Westphal MF. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. *Saúde e Sociedade*. 2007;16(3)12:26.

Zarifian P. A gestão da e pela competência. In: *Seminário Internacional Educação Profissional, Trabalho e Competência*. Rio de Janeiro, 28 e 29 de novembro de 1996. Anais. Rio de Janeiro: SENAI/DN-CIET, 1998.

ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pesquisa: “Promoção da Saúde: concepção e prática na ótica dos agentes comunitários de saúde”

Esta pesquisa objetiva conhecer e analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde em relação à promoção da saúde e ao desenvolvimento de ações em relação a Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Objetiva também identificar as possibilidades e limitações da atuação do agente comunitário de saúde frente à complexidade do desenvolvimento de ações de promoção da saúde relacionadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e ao processo de formação e capacitação. O conhecimento produzido poderá contribuir para a melhoria das ações de promoção da saúde em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Será feita uma pesquisa-ação participante, onde o pesquisador e os participantes atuam num processo de cooperação e participação para a resolução de um problema coletivo. Serão utilizadas entrevistas gravadas, grupos focais e realização de seminários. O pesquisador se compromete a manter o anonimato dos entrevistados e a inutilizar as gravações após a transcrição das mesmas.

Não há nenhum pagamento para o entrevistado e nem ressarcimento de qualquer despesa.

O(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer momento da entrevista se assim o desejar e isso não afetará o seu atendimento nesse serviço.

Eu, _____, afirmo que, após ter sido informado pelo pesquisador sobre os objetivos e método da pesquisa acima referida, concordei em participar da pesquisa, uma vez que o pesquisador responsável expressou seu compromisso em resguardar a minha identidade enquanto entrevistado, zelar pelo sigilo em torno das informações confidenciais recolhidas, bem como providenciar a divulgação dos resultados da pesquisa.

Estando de acordo com os termos da pesquisa e ciente de que não há necessidade de qualquer procedimento de coleta de material biológico ou informação clínica sobre o entrevistado, assino esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

São Paulo, ____ de _____ de 2008

Entrevistado(a)

Pesquisador: Márcia Mulin Firmino da Silva

Tel: 9606-5241 e 5575-1964

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: R General Jardim, 36. Email: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP: Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP: 01246-904 – Tel. 11-30617742

ANEXO 4
TRABALHO DE CAMPO – DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA
CRONOGRAMA GERAL - 2008

	ATIVIDADE	DATA/HOR	LOCAL	RESPONSÁVEL
1ª Reunião com Grupo 18 ACS	Apresentação do Projeto: Objetivos/Metodologia Proposta e discussão sobre a operacionalização Proposta do instrumento de coleta de dados (Oficinas)	14/08 – 5ª f 13 às 17 h	UBS Jd Lourdes	Marcia Vanessa
Oficinas de Reflexão (102 ACS)	Realização de Oficinas por Unidade: Caracterização dos ACS (questionário individual) Trabalho em sub grupos e apresentação: <i>Promoção da Saúde-concepção e prática na ótica dos ACS</i>	Agosto Setembro 13 às 17 h	UBSs	Marcia Vanessa
	UBS Vila Sta Catarina (34 ACS)	28/08 – 5ª f	UBS VI Sta Cat	Ana Alice
	UBS Cupece (18 ACS)	04/09 – 5ª f	UBS Cupece	Walkíria
	UBS Jd Lourdes (18 ACS)	11/09 – 5ª f	UBS Jd Lourdes	
	UBS V Clara (36 ACS)	18/09 – 5ª f	UBS V Clara	
Oficinas de Trabalho (Grupo 18 ACS)	Oficinas de sistematização e análise dos conteúdos produzidos nas Oficinas de Reflexão, segundo o referencial teórico	Outubro 13 às 17 h		
	Análise: conteúdo relativo ao conceito de Promoção da Saúde	07/10 – 3ª f	UBS Jd Lourdes	Márcia
	Análise: conteúdo relativo às práticas de Promoção da Saúde	16/10 – 5ª f		
	Análise: conteúdo relativo à formação/capacitação dos ACS Sistematização dos conteúdos sobre o conceito e a prática dos ACS na Promoção da Saúde	29/10 – 4ª f		
	Discussão: Limitações e Possibilidades (Desafios) Preparação do Seminário	19/11 – 4ª f	UBS Jd Lourdes	
	Discussão: Limitações e Possibilidades (Desafios) Preparação do Seminário	04/12 – 4ª f	UBS Jd Lourdes	
Seminário Geral	Seminário: Apresentação e discussão dos resultados Proposta continuidade da Pesquisa: intervenção para 2009	11/12 – 4ª f	Senac Jabaquara	
Relatório Final	Sistematização e discussão dos resultados da Pesquisa-ação	Jan – Jun	FSP	Márcia
	Elaboração de Plano de Intervenção para 2009 – Proposta	Jan – Jun	FSP	Márcia

ANEXO 5

“Promoção da Saúde: Concepção e prática na Ótica dos Agentes Comunitários de Saúde”

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DO ACS

UBS: _____

Qual é o sexo?

1. Feminino
2. Masculino

Qual é a sua idade? _____ anos

Qual a sua raça/cor

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

Qual a sua região de nascimento?

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

Qual o seu local de nascimento?

1. Zona Rural
2. Zona Urbana

Qual é o seu estado civil?

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

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

Fez algum curso profissionalizante?

1. Sim
2. Não

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

Quantos filhos vivos você tem? _____

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

Quantas pessoas vivem com esta renda, incluindo você? _____

Você mora em casa:

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

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

Trabalha no bairro em que mora?

1. Sim
2. Não

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

Possuiu carteira assinada antes de ser ACS?

1. Sim
2. Não

Realiza alguma outra atividade remunerada além a de ACS?

1. Sim
2. Não

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

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

Você gosta de trabalhar como ACS?

1. Sim
2. Não

Há quanto tempo trabalha no PSF/PACS? _____

Participa ou já participou de alguma atividade na comunidade onde vive hoje? (pode assinar mais de uma resposta)

1. Associação de bairro/moradores
2. Associação de pais e mestres
3. Conselho de Saúde
4. Conselho Tutelar
5. Igreja/comunidade religiosa
6. Outros. Qual? _____
7. Não participou ou participa de atividades na sua comunidade

Já teve participação em outras comunidades anteriormente? (pode assinalar mais de uma resposta)

1. Associação de bairro/moradores
2. Associação de pais e mestres
3. Conselho de Saúde
4. Conselho Tutelar
5. Igreja/comunidade religiosa
6. Outros. Qual? _____
7. Não participa ou participou de atividades em outras comunidades anteriormente

ANEXO 6

DESCONSTRUINDO A DEFINIÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Fonte	Atividades, Programas, Políticas	Processos	Objetivos Intermediários, Instrumentais	Metas Resultados Finais
<p>De onde veio a definição?</p> <p>Ou</p> <p>Quem falou sobre isso?</p>	<p>O que vai ser feito para a Promoção da Saúde?</p> <p>Ou</p> <p>O que deve ser feito para atingir a Promoção da Saúde?</p>	<p>Como eu vou fazer para atingir a Promoção da Saúde?</p>	<p>O que eu preciso atingir ou alcançar primeiro para obter o resultado final?</p>	<p>Onde eu quero chegar lá frente?</p> <p>Ou</p> <p>Qual o resultado final que eu espero obter?</p>

ANEXO 7 - CONSTRUINDO A DEFINIÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Fonte	Atividades, Programas, Políticas	Processos	Objetivos Intermediários	Metas Resultados Finais
Nós (07/10)	<p><u>Atividades</u> :Lazer, educação, saúde mental busca ativa, papanicolau, dengue(campanha, orientação), campanhas de vacinação, reciclagem, PAVS, Territorialização, Informação, Orientação, Investimento Capacitação dos ACS</p> <p><u>Programa</u>: grupos</p> <p><u>Política</u>: Prioridades (Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, Crianças < 2 anos, etc)</p>	<p>Orientação, Conscientização Atuação, Informação Cursos de capacitação, Atualização, Reciclagem</p> <p>Através de ações Através de informações, de politizar o cidadão e a nós mesmos</p> <p>Prevenção, Capacitação dos ACS para trabalhar com a promoção (promoção e prevenção estão interligados) Orientação aos pacientes Ficha A</p> <p>OBS: Antes tinha a forma curativa (ta doente - toma remédio e se cura). Hoje nós temos a forma preventiva (não ta doente, faz prevenção para não adoecer)</p>	<p>Melhorar qualidade de vida, grupos educativos, terapêuticos-físicos.</p> <p>Brigadas de incêndio e defesa civil Conselho gestor, Subprefeitura, fórum regional</p> <p>Maior comprometimento do Parceiro para com o PSF. Falta a integralidade com outros setores para resolver os problemas</p>	<p>Prevenir, promover e recuperar, manutenção (da saúde)</p> <p>Qualidade de vida (A promoção é restrita, pois visamos mais a área da saúde e esquecemos a qualidade de vida) (Sem a união de todos os setores, não conseguiremos atingir a meta final)</p>

ANEXO 8 - DEFINIÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DESCONSTRUÍDAS

Fonte	Atividades, Programas, Políticas	Processos	Objetivos Intermediários	Metas Resultados Finais
OMS (1996)		Processo de capacitação (indivíduos e coletividades) para aumentar o controle (sobre a saúde)		Melhorar os níveis de saúde (condições de saúde)
Paulo Buss (2000)	Atividades dirigidas à indivíduos	Focando nos seus estilos de vida		Transformação dos comportamentos dos indivíduos
Paulo Buss (2000)	Atividades voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente (ambiente físico, social, político, econômico e cultural) através de políticas públicas e condições favoráveis	Desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades	Melhorar os níveis de saúde	Qualidade de vida (amplo espectro de fatores)
Carvalho e outros (2004)	Conjunto de conceitos e práticas		Construção da autonomia e da equidade	Saúde e qualidade de vida
Akerman e outros (2004)	Práticas sociais entre sujeitos	Cooperação, solidariedade, transparência Perceber a interdependência e entre indivíduos, organizações e grupos populacionais	Novos caminhos éticos para a sociedade	Saúde

ANEXO 9 - RECONSTRUINDO A DEFINIÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Fonte	Atividades, Programas, Políticas	Processos	Objetivos Intermediários	Metas Resultados Finais
Nós (07/10)	<p><u>Atividades</u> : Lazer, educação, saúde mental busca ativa, papanicolau, dengue(campanha, orientação), campanhas de vacinação, reciclagem, PAVS, grupos educativos, terapêuticos-físicos.</p> <p><u>Programa</u>: grupos</p> <p><u>Política</u>: Prioridades (Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, Crianças < 2 anos, etc)</p> <p>Ficha A</p>	<p>Através de ações, através de informações, de politizar o cidadão e a nós mesmos</p> <p>Orientação, Conscientização</p> <p>Atuação, Informação</p> <p>Orientação aos pacientes</p> <p>Cursos de capacitação, Atualização, Reciclagem</p> <p>Capacitação dos ACS para trabalhar com a promoção</p> <p>Territorialização,</p> <p>Investimento</p> <p>Maior comprometimento do Parceiro para com o PSF.</p> <p>Falta a integralidade com outros setores para resolver os problemas (Sem a união de todos os setores, não conseguiremos atingir a meta final)</p> <p>Brigadas de incêncio e defesa civil</p> <p>Conselho gestor, Subprefeitura, fórum regional</p>	<p>Prevenir, promover e recuperar, manutenção (da saúde)</p> <p>Prevenção (promoção e prevenção estão interligados)</p> <p>OBS: Antes tinha a forma curativa (ta doente - toma remédio e se cura). Hoje nós temos a forma preventiva (não ta doente, faz prevenção para não adoecer)</p>	<p>Melhorar qualidade de vida</p> <p>Qualidade de vida</p> <p>OBS: A promoção é restrita, pois visamos mais à área da saúde e esquecemos a qualidade de vida.</p> <p><u>(ou em outras palavras)</u>: Há dificuldade, por parte dos profissionais da saúde, pelos outros setores e pela população em geral, em compreender a promoção da saúde no seu conceito mais amplo e atuar sobre os determinantes sociais da saúde, ficando mais focados em atendimento nos serviços de saúde</p>

ANEXO 10

Atividades desenvolvidas pelos ACSs – Consolidado a partir do relatório das Oficinas de Promoção de Saúde realizadas nas UBSs.

(Elaborado pelo grupo de representantes de ACS das Unidades – 16/10/08)

Competências	UBS Sta Catarina	UBS Cupece	UBS V Clara
A – Inegração da Equipe com a População	<p>Visita domiciliar</p> <p>Orientações gerais: TB, dengue, campanha de vacina, amamentação, pré natal, leptospirose, caminhada, boa alimentação, atualizar caderneta, uso de medicação</p> <p>Grupos de hipertensão e diabetes</p> <p>Fazemos grupos, incentivo a consulta</p>	<p>Orientação de como funciona a UBS (horários, consultas, especialistas)</p> <p>Ficha A (cadastro; atualização de cadastro)</p> <p>Reunião em equipe</p> <p>Visita domiciliar</p>	<p>Prevenção, orientação, conscientização.</p> <p>Conjunto de ações para melhorar condições de saúde individual e coletiva.</p> <p>Grupo de artesanato; de crianças; gestantes; diabéticos; hipertensos.</p> <p>Grupos educativos, atividade física, VD, Campanhas, mutirões, busca ativa</p>
B – Panejamento e Avaliação	<p>Passar para equipe a situação de riscos sociais e ambientais</p> <p>Incentivo a população a participar de atividades na comunidade</p> <p>Estabelecer critérios de busca a gestante sem pré natal e crianças até 5 anos (sem vacinação)</p>	<p>Analizamos riscos sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alcoolismo -Drogas -Violência (infantil, mulher) <p>Fórum Regional (Subprefeitura)</p> <p>Estimula a comunidade a participar do Conselho Gestor</p> <p>Plano de ação de atuação na comunidade</p> <p>Busca ativa</p> <p>Monitoramento de Doenças</p> <p>Incentivo a comunidade a participar das atividades locais</p>	<p>Dificuldades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -adesão dos pacientes; -dificuldades de agendamento; -qualidade x quantidade. <p>Leva tempo para o resultado esperado.</p> <p>Motivação, descontentamento, desrespeito com o trabalho</p>

ANEXO 10 (Continuação)

C – Promoção da Saúde	<p>Ação e Informação:</p> <ul style="list-style-type: none"> -conscientização -Bem estar físico, mental e espiritual -campanha de vacina - grupos de DST-AIDS - Acidentes domésticos -Atividades físicas <p>Busca ativa para hanseníase, tb., dengue. Realização de grupos na comunidade e escolas Realiza atividades físicas para a comunidade sozinha</p>	<p>Grupo de Orientação Educação no trânsito Brigada de incêndio (NUDEC) Orientações Sabadianias</p> <p>Assistência Social Auxílio Cesta Básica Isenção tarifária Acompanhamento Idoso</p>	<p>Transformação (conscientização)</p> <p>Trabalhar diferenças. Empatia</p> <p>Grupos; Bailes; Passeios</p>
D – Prevenção e Monitoramento de Risco Ambiental e SAnitário	<p>Orientação sobre o destino do lixo Reciclagem Dia D Dengue</p>	<p>Dia D da Dengue Projeto PAVS (reciclagem de lixo; reciclagem de óleo) É levado em reuniões riscos ambientais: esgoto a céu aberto; ratos.</p>	<p>Campanha de Dengue; Leptospirose. Reciclagem (casinha de PET)</p>
E – Prevenção e Monitoramento a Grupos Específicos e Morbidades	<p>Grupos :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestante - pré natal - planejamento - hipertensão e diabetes - puericultura 	<p>Controle: diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase. Campanha de vacina. Orientação (grupo DST;AIDS) Agendamento Orientação e estímulo ao papanicolau e mamografia Caminhada Preenchimento da Ficha B Grupos de Risco: hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase Grupo adolescentes Grupo infantil- verminose, piolho, higiene</p>	<p>Dificuldades: Espaço físico para grupos</p> <p>Resistência da população sobre drogas, álcool, fumo</p> <p>Grupos de Hipertensão; diabéticos; gestantes; crianças</p>

ANEXO 11

Promoção da Saúde: concepção e prática na ótica dos Agentes Comunitários de Saúde**FORMULÁRIO DE ATIVIDADES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

(Informado pelos Grupo de ACS representante das UBS – 16/10/08)

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

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

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

Competência D – Prevenção e Monitoramento do Risco Ambiental e Sanitário		Santa Catarina	Cupecê	Vila Clara
Identifica as condições ambientais e sanitárias que provoquem riscos para a saúde da comunidade	D1	Sim	Sim	Sim
Informa à equipe de saúde sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação	D2	Sim	Sim	Sim
Informa à população sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação	D3	Sim	Sim	Sim
Orienta indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde	D4	Sim	Sim	Sim
Orienta moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente hospitalar	D5	Não	Mais ou menos	Sim

Competência E – Prevenção e Monitoramento a Grupos Específicos e Morbidades		Santa Catarina	Cupecê	Vila Clara
Identifica indivíduos ou grupo que demandam cuidados especiais de saúde	E1	Sim	Sim	Sim
Orienta a comunidade sobre os sinais que indicam problemas de saúde	E2	Sim	Sim	Sim
Comunica à equipe sobre os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais (“grupos de risco”, portadores de necessidades especiais e outros)	E3	Sim	Sim	Sim
Ao identificar um problema de saúde nos indivíduos ou grupos, encaminha à UBS para atendimento	E4	Sim	Sim	Sim
Agenda ou remarca consultas para a comunidade	E5	Não	Sim	Sim
Leva medicação (conforme prescrição médica ou de enfermagem) para alguém da população	E6	Sim	Sim	Sim
Sensibiliza os familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais	E7	Sim	Sim	Sim

Estimula indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar	E8	Sim	Mais ou menos	Sim
Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos à gestação	E9	Sim	Sim	Sim
Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos à gestação	E10	Sim	Sim	Sim
Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos ao parto	E11	Sim	Sim	Sim
Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos ao parto	E12	Sim	Sim	Sim
Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos ao puerpério	E13	Sim	Sim	Sim
Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos ao puerpério	E14	Sim	Sim	Sim
Orienta gestantes, puérperas e grupo familiar quanto ao aleitamento materno	E15	Sim	Sim	Sim
Orienta gestantes, puérperas e grupo quanto aos cuidados com recém-nascido	E16	Sim	Sim	Sim
Solicita o passaporte materno-infantil nas visitas domiciliares	E17	Sim	Sim	Sim
Orienta indivíduos quanto à saúde sexual e reprodutiva	E18	Sim	Sim	Sim
Acompanha o crescimento infantil	E19	Sim	Sim	Sim
Acompanha o desenvolvimento infantil	E20	Sim	Sim	Sim
Solicita o cartão de vacina das crianças nas visitas domiciliares	E21	Sim	Sim	Sim
Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças não transmissíveis	E22	Sim	Sim	Sim
Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis	E23	Sim	Sim	Sim

ANEXO 12

SEMINÁRIO A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DO JABAQUARA O TRABALHO DOS ACS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

DIFICULDADES E POSSIBILIDADES

PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Elaborado pelos Agentes Comunitários de Saúde Resultado das
Oficinas de Reflexão sobre Promoção da Saúde realizadas nas
UBSs V Sta Catarina, Cupecê, Jd Lourdes e Vila Clara
Dezembro 2008

DIFICULDADES

1 - Condições da comunidade que geram dificuldade no trabalho
do ACS

Analfabetismo

Pobreza, miséria

Violência

Preconceito

Dificuldade de comunicação

Falta de infra-estrutura urbana (saneamento básico, moradia
adequada) Situação sócio econômica precária

2 - O trabalho do PSF com Promoção da Saúde

O PSF ainda é uma coisa nova e o trabalho com promoção e prevenção ainda não são valorizados. Há uma supervalorização da medicina especializada e predomínio do médico. O próprio agente comunitário quando vai fazer a visita, vai voltado para abordar a doença.

“Minha cabeça também não mudou para a saúde.

“ Mas, enquanto agente comunitário, eu me transformei? realmente é complicado eu transformar os outros também”.

3 - Autonomia do sujeito

Dificuldade em trabalhar no sentido da construção da autonomia do sujeito – prática de reflexão com as famílias/comunidade.

Não há uma prática de reflexão com as famílias para encontrar soluções em conjunto – construção de autonomia do sujeito.

Dificuldade em falar de saúde onde falta toda infra-estrutura (como saneamento básico e moradia adequada).

Dificuldade em orientação sobre cuidados com a saúde, quando a situação sócio-econômica das famílias/pacientes são fatores limitantes (orientar sobre alimentação adequada x situação de desemprego e exclusão social

4 - Reconhecimento/Valorização do ACS (pela população)

Em geral há um reconhecimento do trabalho do ACS, a partir do vínculo criado.

Mas há dificuldades também: por ex. considerar que o ACS não resolve nada (agendar consultas, especialistas, exames, etc)

5- Reconhecimento/Valorização do ACS (pela Equipe de Saúde da Família e pela Unidade)

Trabalho em linha horizontal e não vertical

Falta credibilidade no trabalho do ACS (Motivação, incentivo, reconhecimento do trabalho do ACS)

Os agentes só são valorizados quando é preciso “fazer número” , “tirar foto” (em eventos).

Descaracterização do trabalho do agente: papel de auxiliar administrativo/Office boy (ATA de rua) – entrega de documentos, enviar comunicados/recados.

Falta clareza do conjunto dos funcionários em relação ao papel e importância do ACS (“entendem que o papel do ACS é bater perna, ficar andando, passeando”).

6 - Trabalho em Equipe

Falta de espaço/oportunidade nas reuniões de equipe para que os agentes possam refletir sobre seu trabalho.

Dificuldade de discussão dos casos e definição de prioridades de atendimento de casos junto aos demais profissionais da equipe.

Falta de atualização do diagnóstico da área, análise e discussão da equipe para estabelecer prioridades de atuação para a área. A discussão da equipe acaba se restringindo sobre casos isolados que são atendidos ou identificados.

7 - Produção (atividades)

Algumas tarefas citadas: entregar na casa dos pacientes encaminhamentos para exames ou especialidades, consultas agendadas ou remarçadas, receita do remédio em casa, dados de recenseamento/estatística (pessoas internadas, nascimentos, óbitos, etc).

Preenchimento de estatísticas e relatórios (SIAB, Mapa Mensal, contagem dos hipertensos, diabéticos, gestantes, relatório de Dengue, Sintomáticos Respiratórios).

Mapa diário do ACS – detalhamento das atividades realizadas (horas trabalhadas, horas não trabalhadas, o que o agente fez, quantas horas utilizadas para VD, quantas horas para planejamento, etc).

7 - Produção (atividades)

Algumas tarefas citadas: entregar na casa dos pacientes encaminhamentos para exames ou especialidades, consultas agendadas ou remarçadas, receita do remédio em casa, dados de recenseamento/estatística (pessoas internadas, nascimentos, óbitos, etc).

Preenchimento de estatísticas e relatórios (SIAB, Mapa Mensal, contagem dos hipertensos, diabéticos, gestantes, relatório de Dengue, Sintomáticos Respiratórios).

Mapa diário do ACS – detalhamento das atividades realizadas (horas trabalhadas, horas não trabalhadas, o que o agente fez, quantas horas utilizadas para VD, quantas horas para planejamento, etc).

8 - Suporte Emocional (cuidar do paciente e cuidar do cuidador)

Estresse emocional gerado pela própria natureza do trabalho do ACS, ao lidar com os problemas identificados nas famílias e na comunidade.

Função de “escuta” – os usuários relatam problemas emocionais, de relacionamento intra-familiar, sócio-econômicos, situação de exclusão social, violência intra-domiciliar, violência na comunidade.

9 – Integralidade do cuidado à saúde

Falta retaguarda no atendimento, demora em agendamento de consultas , falta/demora no atendimento com médico

10 - Trabalho em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (hipertensão e diabetes)

Resistência dos usuários em seguir tratamento preconizado

11 - Relação do trabalho da Unidade de PSF versus atendimento no AMA

Com a implantação dos AMAs aumentou a dificuldade de estabelecer vínculo da população com o PSF e trabalhar com prevenção e promoção (acompanhamento/monitoramento de pessoas saudáveis e doentes – criança, mulher, gestante, doenças crônicas)

12 - Trabalho e Articulação Intersetorial

(Que favoreçam a discussão de problemas como moradia, saneamento, emprego, ou outras questões, onde o agente possa dar a sua contribuição junto com outros setores para resolução dos problemas)

Pouco conhecimento ou desconhecimento sobre fóruns e espaços de articulação da comunidade, tanto os de iniciativa do poder público como os articulados a partir da sociedade civil

13 - Espaços institucionais_ (por ex. Fórum Local/Subprefeitura)
Falta de clareza em relação à atuação dos ACS nesses espaços. Ainda não estão consolidados, com atuação permanente

14 - Conselho Gestor

Pouco conhecimento sobre o papel e funcionamento do Conselho Gestor

Falta de credibilidade sobre o trabalho do Conselho Gestor e o resultado de sua atuação.

15 - Espaço da Sociedade_ (Associações e Entidades de Bairro)

Falta de espaços de articulação e mobilização na comunidade. As entidades organizadas atuam mais em atividades assistenciais e/ou de cunho social e de lazer

Pouca atuação na organização e mobilização da comunidade em torno de problemas identificados (construção de cidadania – autonomia).

Desconhecimento em relação aos objetivos/finalidades desses fóruns/espços. Falta de tempo para participar desses fóruns e para fazer trabalho de articulação e mobilização da comunidade, devido à agenda interna da saúde/unidade.

16 - Organização e Mobilização da População

População mais excluída socialmente, em algumas áreas, tem maior dificuldade de mobilização em torno dos seus problemas (p.ex., de moradia)

17 - Infra-estrutura e apoio material

Falta de espaço físico na unidade para organizar e planejar o trabalho do ACS

Falta de espaço físico na Unidade e na Comunidade para realização de grupos educativos

18 - Capacitação do ACS

Falta atualização dos ACS para abordar o cuidado e a prevenção às doenças na comunidade

Curso Técnico ACS – demora em concluir os Módulos de capacitação (revezamento das turmas)

Não corresponde ao trabalho que o ACS desenvolve

“A Ficha A é meu instrumento de trabalho, ela tem que acompanhar o trabalho do ACS”

20 - Situação de Trabalho

Salário – consideram não condizente com a complexidade da atuação do ACS.

Carga horária – não há flexibilidade para organizar a distribuição da carga horária em função das necessidades e prioridades do trabalho do ACS.

Contração de ACS – Demora para contratação de ACS para substituir demissões/licenças/afastamentos, o que sobrecarrega os demais ACS da equipe que tem que cobrir a área que ficou desfalcada.

Plano carreira – Não há perspectiva de evolução dentro da profissão

POSSIBILIDADES
DE
SUPERANÇA

Autonomia do sujeito

Trabalhar com parcerias
Apoio do Serviço Social

Reconhecimento/Valorização do ACS (pela população)

Melhorar a divulgação do PSF junto à comunidade/bairro
Campanha de divulgação
Contato com entidades
Divulgação em jornal de bairro
Articulação com Subprefeitura e demais áreas de governo
(educação, cultura, esporte, assistência social)

Trabalho em Equipe

Equipe técnica mais atuante na área

Trabalho integrado da equipe (não pré- julgar)

Produção (atividades)

Flexibilidade - respeitar a meta de produção, mas adequá-la à real função do ACS, que é trabalhar na comunidade, com ações inter-setorial e trabalhar em ações coletivas de educação em saúde.

Rever os relatórios de estatística, de atividades, e de produção, buscando otimizar a coleta e o registro das informações e não onerar o tempo do ACS para que ele possa se dedicar mais às atividades na comunidade e demais atividades próprias de função

Suporte Emocional

Apoio psicológico (uma vez por mês, ou a cada seis meses)

Terapia Comunitária

Espaço nas reuniões de equipe, ou reunião específica para discutir sobre o estresse psicológico gerado no trabalho do ACS

Espaço para colocar as dificuldades do trabalho do ACS

Integralidade do cuidado à saúde

Readequar o atendimento da demanda de consultas básicas na unidade para facilitar o atendimento aos usuários das áreas de abrangência do PSF

Trabalho em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (hipertensão e diabetes)

Trabalhar educação em saúde em atividades coletivas, através de grupos de convivência

Relação do trabalho da Unidade de PSF versus atendimento no AMA

Sensibilizar os profissionais dos AMAs em relação à:

- o trabalho do PSF e o papel do ACS;
- o trabalho em Promoção da Saúde;

a necessidade de acompanhamento e monitoramento de grupos (crianças, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos e outros)

Estabelecer fluxos de atendimento e encaminhamento dos AMAs e UBS/PSF.

Trabalho e Articulação Intersetorial

Refletir com os ACS e com a Equipe a importância dos espaços institucionais e intersetoriais, das entidades e associações locais para o trabalho de promoção da saúde

Espaços institucionais e da Sociedade

Estimular a participação do ACS e da equipe nesses espaços.
Rever a agenda do ACS, prevendo tempo para atuação nesses espaços

Conselho Gestor

Ampla divulgação do papel e do trabalho do Conselho Gestor

Curso de capacitação para os conselheiros

Situação de Trabalho

Recomposição da salário do ACS para o valor de 2 salários mínimos

Carga horária deveria ser mais flexível para organizar a agenda do ACS segundo as demandas que surgem e para se articular com a comunidade para ajudar a resolver os problemas.

Agilizar a contratação de ACS para substituir vagas.

Necessidade de um plano de carreira

Capacitação do ACS

Agilizar o ingresso dos ACS no Curso Técnico

Número maior de turmas e turmas sequenciais

Ficha A

Necessidade de mudanças na Filha A

ANEXO 13

**SEMINÁRIO "A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O TRABALHO DOS
AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO JABAQUARA"**

DIA 11/DEZEMBRO/2008

PROGRAMAÇÃO

8h - Recepção

Lúcia Helena Akemi Tanaka Raimundo - ACS (UBS V Clara)
Neusa Francisca de S Borges - ACS (UBS Cupecê)
Sílvia Regina da Silva Raimundo - ACS (UBS V Clara)

8h30 - Abertura

Márcia Mulin (Suvis - FSP/USP),
Magda Nitole Olcerenko (STS JVM)
Ana Claudia S Fernandes - ACS (UBS V Sta Catarina)

**9h - Apresentação: O trabalho dos ACS em Promoção da Saúde - Concepção
e Prática**

"Conceito Promoção da Saúde"
Maria Cristina Ferreira Claudino - ACS (UBS V Clara)

"Ações de Promoção da Saúde"

Maria José Batista dos Santos - ACS (UBS V Clara)
Maria Lúcia de Lima Gaudêncio Ribeiro - ACS (UBS V Sta Catarina)

**9h30 - Apresentação: Desafios e propostas para o trabalho em Promoção da
Saúde**

Lucimar Vidal S de Oliveira - ACS (UBS V Sta Catarina)
Vanderli C Santos - ACS (UBS Cupecê)

Rosângela do Rosário Cruz de Souza - ACS (UBS V Clara)
Solange Maria C dos Santos - ACS (UBS V Clara)

9h45 - Palestra: A Promoção da Saúde e o PSF
Profª Draª Cláudia Maria Bógus (FSP/USP)

10h15 - Intervalo

10h30 - A profissionalização do ACS: qualificação para a promoção da saúde
ETSUS/Sudeste

10h50 - Palestra: Cuidando do Cuidador - apoio ao trabalho dos ACS
Profª Draª Ana Cristina P. Bretas (Depto Enf/UNIFESP)

11h10 - Palestra: Redes Sociais como estratégia para o trabalho em
Promoção da Saúde
Elizabeth Kuhnen (SENAC Jabaquara)

11h30 - Discussão e aprofundamento de proposta de trabalho dos ACS para
2009
Rosângela do Rosário Cruz de Souza - ACS (UBS V Clara)
Márcia Mulin (Suvis - FSP/USP)

13h - Encerramento

Grupo de Apoio - Organização do Seminário
Rosa Maria Rodrigues de Domenico - ACS (UBS V Sta Catarina)
Sueli de Oliveira Silva - ACS (UBS V Sta Catarina)
Cláudia Pereira da Silva - ACS (UBS V Sta Catarina)

Gildete Pedro de Lima Silva - ACS (UBS Cupecê)

