

# Teoria e prática da promoção da saúde: as concepções dos agentes comunitários de saúde

Theory and practice of promotion of health:  
the conceptions of the communitarian health agents

Teoría y práctica de la promoción de la salud:  
las concepciones de los agentes comunitarios de salud

*Lislaine Aparecida Fraccolli\**

*Eugênia Zilioli de Almeida\*\**

**RESUMO:** A inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família trouxe muitas expectativas sobre as possibilidades e os limites das ações que esse profissional realizaria. O objetivo deste artigo foi analisar as ações e concepções do ACS relativas à Promoção da Saúde e o quanto estas contribuem para o *empowerment* comunitário na perspectiva do exercício da cidadania. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa tipo estudo de caso. O cenário de estudo foi uma Unidade de Saúde localizada na região central do município de São Paulo e foram sujeitos 10 ACS. Os dados foram coletados mediante a técnica de grupo focal. As discussões derivadas dos grupos foram transcritas e analisadas segundo a técnica de Discurso de Sujeito Coletivo. Os resultados mostraram que o ACS trabalha em uma perspectiva biologicista, usando como meio principal para abordagem de sua população a informação. Mostrou-se como potencialidade a capacidade desse profissional em comunicar-se com as famílias de sua microárea. Conclui-se que esse profissional, se capacitado com base nas concepções da Promoção da Saúde, poderá se constituir em um poderoso agente de construção da cidadania da população, capacitando esses grupos a reconhecer suas necessidades de saúde e a identificar políticas públicas eficientes para o atendimento dessas necessidades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Auxiliares de Saúde. Promoção da Saúde. Cidadania.

**ABSTRACT:** The insertion of Communitarian Health Agents (ACS) in the Strategy Health of the Family brought many expectations about the possibilities and limits of the actions this professional could realize. The aim of this article is to analyze the actions and conceptions of the referring ACS to the Promotion of the Health, as well as the degree of its communitarian contribution for or empowerment in the prospect of the exercise of citizenship. For such, we developed a case study. The study setting was a Unit of Health located in the central region of the municipality of Sao Paulo; 10 ACS have been subjects. Data were collected by means of the technique of focal group. The discussions derived from the analyzed groups have been transcribed according to the technique of Speech of the Collective Subject. The results have shown that ACS works from a biologicist perspective as regards informing the population. We found it possible for that professional to communicate with the families of their micro-area. The conclusion is that these professionals, when enabled on the basis of conceptions of Promotion of Health, will be able to be powerful agents of construction of citizenship by the population by enabling these groups to recognize their needs of health and to identify effective public policies for the attention of those needs.

**KEYWORDS:** Community Health Aides. Health Promotion. Citizenship.

**RESUMEN:** La inserción del Agente Comunitario de Salud (ACS) en la Estrategia Salud de la Familia trajo muchas expectativas acerca de las posibilidades y límites de las acciones que ese profesional podría realizar. El objetivo de este artículo es analizar las acciones y concepciones del ACS referentes a la Promoción de la Salud, así como el grado de su aporte para o *empowerment* comunitario en la perspectiva del ejercicio de la ciudadanía. Para tanto, ha se desarrollado una investigación del tipo estudio de caso. El escenario de estudio ha sido una Unidad de Salud ubicada en la región central del municipio de São Paulo; han sido sujetos 10 ACS. Los datos han sido colectados mediante la técnica de grupo focal. Las discusiones derivadas de los grupos han sido transcritas y analizadas según la técnica de Discurso de Sujeto Colectivo. Los resultados han mostrado que el ACS trabaja en una perspectiva biologicista, que ha usado como medio principal de abordaje de su población la información. Mostróse como potencialidad la capacidad de ese profesional de se comunicar con las familias de su micro-área. La conclusión es que ese profesional, cuando capacitado con base en las concepciones de la Promoción de la Salud podrá constituir un poderoso agente de construcción de la ciudadanía de la población, capacitando esos grupos para reconocer sus necesidades de salud y identificar políticas públicas eficaces para la atención de esas necesidades.

**PALABRAS-LLAVE:** Auxiliares de Salud Comunitaria. Promoción de la Salud. Ciudadanía.

\* Doutora em Enfermagem. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.  
E-mail: lislaine@usp.br.

\*\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva.

## Introdução

A profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) é criada pela Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002, e pelo Decreto n. 3.189/99, que fixam as diretrizes para o exercício profissional desse trabalhador. O DEGES (Departamento de Gestão da Educação na Saúde), com a intenção de analisar e reinterpretar as atribuições relatadas na Portaria/GM 1886, de 18 de dezembro de 1997, reestruturou o trabalho do ACS, identificando cinco eixos, que deram origem às cinco competências desse profissional. Sendo responsável pela proposição e formulação de políticas relativas à formação e educação permanente de trabalhadores da saúde, o DEGES propôs o Perfil de Competências do Agente Comunitário de Saúde com a finalidade de subsidiar as instituições formadoras<sup>1</sup>.

As cinco competências propostas pelo DEGES para os ACS foram: *competência 1*: desenvolvimento de ações que integram as equipes de saúde e as populações adscritas; *competência 2*: participação do ACS juntamente com a equipe, do planejamento e avaliação das ações de saúde; *competência 3*: desenvolvimento de ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, da participação social e do trabalho intersetorial; *competência 4*: desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento de situações de risco para a população; *competência 5*: dirige estas ações de prevenção e monitoramento aos grupos específicos e às doenças prevalentes<sup>1</sup>.

Embora essas competências sejam previstas pelo Ministério da Saúde, na prática, o ACS desenvolve ações diversas, as quais nem sempre contemplam as diretrizes oficiais, como observado em pesquisa realizada em Porto Alegre<sup>2</sup>.

Com a realização de uma revisão bibliográfica, identificaram-se 229 trabalhos, nas bases de dados Scielo e Lilacs, sobre o trabalho do ACS, durante os anos de 1989 a 2007. Nesses textos, o grupo temático de maior destaque foi o da análise do trabalho do ACS. Esses textos apontavam como ações do ACS a busca ativa de agravos à saúde; a aplicação de instrumentos com o propósito de melhorar os indicadores de saúde; a relação com os usuários. Os textos abordavam, em sua maioria, o papel desse profissional de transmitir informações de prevenção de doenças com o intuito de melhorar as condições de saúde. Entre esses textos, somente 2 resgatavam ações de promoção da saúde como estratégia principal do trabalho do ACS e, mesmo assim, em um deles, concluiu-se que as ações de promoção são raras entre os ACS, apontando uma visão medicalizante da saúde e um posicionamento biologicista ainda em destaque<sup>3,4</sup>.

Santos<sup>5</sup> desenvolveu uma pesquisa para analisar a forma como as competências estavam sendo operacionalizadas na prática dos ACS, dando um enfoque mais específico à competência 3<sup>1</sup>, que fala de ações de promoção da saúde. A perspectiva da pesquisadora era observar o quanto as ações de promoção da saúde estavam contribuindo para o *empowerment* de indivíduos e famílias. Esse estudo revelou que a competência *Promoção da Saúde* está relacionada principalmente com a identificação das condições de vida e problemas de saúde; com a identificação de exemplos de promoção à saúde; com o desenvolvimento de atividades educativas na comunidade; com a realização de orientações preventivas e de estímulo à reflexão comunitária; e com o desenvolvimento de parceria com outros serviços municipais ou da própria comunidade. A autora observou,

também, que menos da metade dos ACS que foram sujeitos do seu estudo faziam atividades relacionadas à promoção da saúde diariamente e que uma parcela parecida referia nunca realizar atividades relacionadas à promoção da saúde.

Tomando por base a perspectiva de se compreender melhor essas competências de Promoção da Saúde na prática dos ACS, o objetivo deste estudo foi analisar as concepções sobre promoção da saúde que os ACS apresentam e correlacioná-las aos conceitos teóricos relativos à Promoção da Saúde, com base nos cinco eixos da Carta de Ottawa<sup>6</sup>.

## Metodologia

Esta pesquisa compreende um estudo de caso do tipo descritivo, que pretende fazer uma abordagem quanti-qualitativa das ações de promoção da saúde do ACS e correlacioná-las aos conceitos de Promoção da Saúde, com base nos cinco eixos da Carta de Ottawa<sup>6</sup>.

O cenário de estudo desta pesquisa foi a UBS Humaitá – Dr. João de Azevedo Lage, localizada no bairro da Bela Vista, região Central do município de São Paulo, pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste. Essa UBS é considerada de atuação mista, pois contempla dois modelos de assistência básica à saúde: o tradicional, que conta com atendimento médico clínico, pediátrico e ginecológico; e a Estratégia Saúde da Família (ESF), com três equipes montadas, contendo um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde cada uma.

Cada uma das três equipes de ESF possui, em média, 930 famílias e aproximadamente 2.675 pessoas, somando um total geral entre todas as equipes de 2.792 famílias e 8.023 pessoas. Na área adscrita da

UBS Humaitá, estão computadas um total de 73.000 pessoas, mais os trabalhadores da região, que também podem ser atendidos. É importante considerar que as três equipes de ESF cobrem, em média, 30% da área adscrita da UBS em questão<sup>7</sup>.

Foram sujeitos dessa pesquisa dezesseis (16) ACS da UBS Humaitá. O critério para seleção dos sujeitos consistiu na aceitação voluntária em participar da pesquisa.

O instrumento para a coleta de dados quantitativos foi baseado na pesquisa de Santos<sup>5</sup>, com a aplicação de um questionário para a caracterização do ACS e, em seguida, “um formulário de atividades que busca identificar as ações que esse profissional realiza, bem como a frequência com a qual executa tais ações”.

As informações foram processadas em um banco de dados no programa computacional EXCEL e organizadas sob a forma de gráficos. A seguir, com base na análise da frequência dos dados, selecionaram-se alguns gráficos para orientar a discussão do grupo focal. O grupo focal desta pesquisa foi conduzido tendo como características envolver o máximo possível os ACS presentes. As “falas” do grupo focal foram registradas por áudio e escrita, preservando os comportamentos sinalizados que não foram verbalizados<sup>8</sup>. Os discursos colhidos no grupo focal foram analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefèvre & Lefèvre<sup>9</sup>.

A estratégia operacional desta pesquisa foi inicialmente aplicar o questionário para caracterização do perfil do ACS e posteriormente, o formulário das atividades do ACS. Após a organização dos dados, construíram-se gráficos que mostravam a frequência de realização das diferentes atividades pelos ACS. A partir disso, começaram

as discussões no grupo focal. As ações mais discutidas referiram-se às ações de Promoção da Saúde, Prevenção e Monitoramento de Risco Ambiental e Sanitário e de prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades, ações consideradas por esta pesquisa como ações de promoção da saúde. O Grupo Focal teve como objetivo acrescentar qualidade ao dado quantitativo. Dessa forma, foram selecionados e apresentados, durante o grupo focal, alguns gráficos, sobre as ações referentes às competências de Promoção Da Saúde e de Prevenção e Monitoramento dos Riscos Ambientais e Sanitários mais frequentemente realizados pelos ACS. A partir desses dados, iniciava-se a discussão entre os ACS sobre as concepções de promoção da saúde que davam suporte a sua prática e a crítica que os ACS tinham sobre tais concepções.

O presente projeto passou por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do município de São Paulo, tendo o parecer de aprovação de n. 0088/07-CEP/SMS CAAE n. 0028/07. Depois, iniciou-se a coleta de dados em campo, quando, por meio do termo de consentimento, os Agentes Comunitários de Saúde receberam todas as orientações, tiraram suas dúvidas e, por livre e espontânea vontade, participaram da pesquisa, sem que isso acarretasse nenhum tipo de prejuízo.

A análise dos dados foi realizada utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), metodologia que prepara a matéria-prima dos depoimentos para revelar *o que pensam as coletividades* e, assim, sobre esse material preparado, procurar dar explicação do *porque pensam assim* as coletividades pesquisadas<sup>9</sup>.

O DSC é uma estratégia metodológica que objetiva tornar mais claro o pensamento de uma dada

representação social. É uma forma discursiva de apresentação e de tratamento dos depoimentos que compõem o substrato de uma representação social. Em síntese, O DSC é como se o discurso de todos fosse o discurso de um só<sup>9</sup>.

Segundo Lefèvre & Lefèvre<sup>9</sup>, após a transcrição das falas do grupo focal, foi realizada a análise, que seguiu as seguintes etapas:

*Primeira Etapa* – Após a transcrição literal das falas, foram resgatadas as representações do indivíduo para cada questão proposta, descrevendo as ideias centrais e respectivas expressões-chave.

*Segunda Etapa* – Nessa etapa, foram listadas todas as ideias centrais, com suas respectivas expressões-chave.

*Terceira Etapa* – A listagem das expressões-chave foi transformada em um discurso, como se houvesse apenas um indivíduo falando, sendo portador de um discurso-síntese de todos os componentes do sujeito coletivo.

Para a análise dos discursos, foram empregadas três figuras metodológicas: a Ideia Central, as Expressões-Chave e o Discurso do Sujeito Coletivo.

## Resultados e discussão

Os resultados são a reunião dos depoimentos dos ACS relatados no grupo focal. A discussão no grupo focal buscou explorar a concepção dos ACS sobre as ações e conceitos de promoção da saúde presentes (ou não) na sua prática profissional.

Após a leitura exaustiva, suficiente para esgotar as possibilidades de encontrar as expressões-chave, compatíveis com as ideias centrais e/ou ancoragens dos determinados depoimentos, identificaram-se discursos com possibilidades de serem dispostos em três grandes Ideias Centrais (IC). A primeira IC identificada refere-se ao “trabalho

do ACS”; a segunda IC refere-se ao “desenvolvimento de atividades intersetoriais na comunidade para o ACS”; e a terceira IC refere-se à “valorização das ações do ACS pela Comunidade”. Essas ideias centrais serão apresentadas a seguir.

### I. IC 1: O trabalho do ACS no PSF

Dentro da Ideia Central (IC) “O trabalho do ACS no PSF”, pode-se identificar o surgimento de três diferentes temas: um relativo à “dificuldade em quantificar seu trabalho”; um relacionado à “atividade cotidiana do ACS”; e um terceiro, discutindo a “Prevenção e a promoção na prática do ACS”. Os discursos ficaram organizados da seguinte maneira:

*Tema A: Dificuldade em quantificar seu trabalho*

– *Eu senti que no questionário tinham respostas que eu não sabia se marcava mensal ou diário. O meu trabalho é fazer a visita uma vez por mês em uma casa, mas eu faço visitas todos os dias para várias famílias. Tem família que eu vou uma, duas vezes na mesma semana, depende da situação, por exemplo, remédio, pra algumas pessoas eu levo, pra quem não consegui, é por mês. As questões sobre identificar problemas, promoção da saúde e a relação entre a equipe e a população, isso é todo dia. Houve resposta que eu coloquei até dois X's, algumas coisas ficaram meio duvidosas. Cada dia eu vou em uma casa diferente. Pensar, eu vou na casa da E. é mensal, mas, faço visita todos os dias para várias famílias. Quando é prioridade, eu vou várias vezes e sempre tem uma dúvida e eu sempre dou uma resposta. Tem um problema, eu vou, eu fico preocupada e vou. Algumas perguntas eu achei confuso e eu perguntava aos colegas, uma ajudava a outra. Orientar o indivíduo quanto ao autocuidado são atividades diárias; eu faço uma vez por mês para determinada fa-*

*mília e outras, todos os dias. Acho que a maioria é diária. Raramente não quer dizer nunca, não vejo raramente no meu trabalho.*

*Tema B: A atividade cotidiana do ACS*

– *Moro na rua. Tem panfletos, não é? Às vezes tiram as dúvidas. Eu aprendo na capacitação e o panfleto é um reforço, né? Gosto dos panfletos. Na visita, deixo com a pessoa (cadastrado), porque naquele momento ela não assimilou, está te ouvindo, mas não está aí, mas amanhã ou depois ela vai pegar alguma coisa e o panfletinho está lá sobre a amamentação, deixa eu dar uma olhada... como é mesmo para colocar o neném? Eu tenho várias capacitações e, no entanto, haviam dúvidas. O folheto é bom, pois quem tem alguma dúvida procura lá. No meu trabalho, um exemplo positivo é o Papanicolau (exame preventivo do câncer de colo uterino). Eu oriento, faço meu trabalho direitinho e estou colhendo os frutos. Identificar bastante e curar as pessoas, pra mim, isso é evento positivo. Infelizmente tenho na minha micro-área muitos alcoólatras. Eu consegui que três parassem de beber, graças as broncas e orientações. Vai enfermeiro, médico, até minha irmã vai junto (a irmã é ACS), graças ao que a gente passa, eles pararam. Acho que é um dado positivo. Eu consigo ver a pessoa conscientizada, tentando mudar seus hábitos de exercício, alimentação etc. Fico convencida. Tive um caso de uma mãe que não queria levar a criança pra APAE.*

*Tema C: Prevenção e promoção na prática do ACS*

– *Eu sonho com a prevenção, faz parte de mim, eu respiro isso. A semana inteira faço promoção da saúde, todos os dias, inclusive, até mesmo quando estou em minha casa. Fico meio possuída pelo trabalho. Não só em casa, na rua também. De repente, naquela semana*

*eu cadastro duas famílias, eu faço promoção da saúde duas vezes, eu explico como funciona o programa. No meu cadastro, eu falo, é melhor prevenir, que ir para o hospital ficar acamado. Dá muito mais despesa para o Estado assim. Além de ter problemas de saúde, ainda tem que cuidar de outros que têm doença! Eu encontro muitos casos parecidos. Por mais que eu oriente, mais que eu faça planejamento, eu me decepção. Eu faço a minha parte, mas não posso obrigar o outro a fazer o que eu oriento. É um trabalho árduo. Tem família que eu vou duas, três vezes e ela não se conscientiza. Cada família é um olhar diferente. Outras eu tenho de falar todo mês e outras eu falo uma vez só, pega no ar. Às vezes me encontra na rua e eu não tenho como dizer não, vou ter que dar orientação. É trabalho, é complicado. Por mais que eu queira ajudar, no meu trabalho, eu não obtenho cem por cento. Eu faço a minha parte e vou embora, mas, pra ele, o dia a dia é complicado. Eu vejo pelo lado mais negativo.*

### II. IC 2: O desenvolvimento de atividades intersetoriais na comunidade para o ACS

Dentro da ideia central 2, não houve subdivisão de temas. Pareceu-nos que, em relação à intersectorialidade, existe um discurso único de ausência dessa ação na fala dos ACS. Segue o DSC construído:

– *Eu coloquei raramente para a participação no Conselho local de saúde. Eu ia todos os meses, poucas pessoas iam, a diretora, (...) e nós (os ACS), eu ficava até meia-noite lá. Chegou uma hora que eu falei: eu não vou mais. Se fosse uma coisa boa para todos, porque não estavam ali? Por isso eu coloquei raramente. Se houvesse necessidade e dissessem para mim vá e todos fossem, eu iria. Mas quase ninguém vai, nada era resolvido. Tem a Achiripita e o CJ*



(Instituições de auxílio à alfabetização), então eu peço para procurar um dos dois. Entendi que incentivar meu cadastrado a procurar um lugar para se alfabetizar é um apoio social. Eu dou um conselho, eu mostro, mas, se a pessoa vai, eu não sei. Um cadastrado adulto que não é alfabetizado eu dou um toque, dou a maior força, alguns trazem o caderno para mostrar as letras. Chego numa casa que tem seis crianças, uma não está na escola, a ação educativa eu falo pra mãe: tem que colocar este menino na escola, você está prejudicando o desenvolvimento da criança. Oriento também famílias que têm filhos com quatorze, dezesseis anos que ficam o dia todo dentro do quarto, para fazer um curso profissionalizante. Agora, as famílias que eu já tenho cadastrado, algumas já correram atrás e outras não, por motivo de filho, trabalho etc. Eu oriento também o lazer. Como moro no bairro, sei o lugar que podem ir. Algumas (famílias) já conseguiram colocar o filho para fazer natação. Tem crianças que ficam com as avós, não têm lazer nem atividade. Eu oriento que a creche é um lugar bom. Eu coloquei raramente para a atividade de “executar ações que atuam em parceria com outras secretarias existentes no município”, porque acho que secretaria é um órgão maior. Nunca entrei em contato com alguma secretaria para o trabalho com o cadastrado.

### III. IC 3: A valorização das ações do ACS pela comunidade

Em relação a IC 3, também apenas uma unidade temática foi identificada e está descrita a seguir.

– Uma parceria foi o curso sobre o meio ambiente que eu tive agora. Diretamente tenho uma ligação (com outras secretarias), quando estou falando (sobre o curso de meio ambiente) através do meu trabalho, também, quando tem alguma cam-

panha com a Secretaria da Saúde. Durante a visita, eu vou uma vez por mês e vou vendo as outras coisas. Tem essa coisinha aqui que está ruim, mas tem este lado aqui que é positivo. Ela (cadastrado) não vai ao médico, mas, de repente, faz um regime, uma caminhada, dá pra ver o lado bom, o que a pessoa faz de positivo. Pessoas que estão participando do LIANG-GONG (exercício corporal); pode estar o frio que for que elas não desanimam, fico impressionada. Às vezes eu me ponho no lugar (do cadastrado). De repente chega alguém na minha casa, mostra tudo que está errado e vai embora. Pelo amor de Deus! Eu coloco sempre alguma coisa de bom. Dou alguma palavra, mostrando que a pessoa faz algo de bom.

As análises dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) identificados no grupo focal auxiliaram na identificação da concepção do ACS sobre suas ações de promoção da saúde, relacionando-as, posteriormente, à prática dessas ações, descrito anteriormente.

Com base na análise desse material, é possível observar que esse profissional demonstra inabilidade em analisar seu próprio trabalho do ponto de vista das ações. Isso pode ser observado na resposta que a maioria dos sujeitos da pesquisa dá em relação à orientação a gestantes. Esse atendimento, na prática, ocorre semanalmente e até diariamente, mas, ao preencher o formulário, relata como prática mensal. Essa inabilidade de autoanálise sobre seu trabalho pode revelar pequena proximidade e reflexão entre os aspectos cotidianos de suas ações. Ainda observa-se a limitação de análise do seu cotidiano, quando declara que não existe (frequência) **nunca** em seu trabalho, isto é, sempre cumpre com seus deveres e a frequência **raramente** só se aplica em algumas ações, demonstrando discordância e recusa em reconhecer esse tipo

de ação. Essa negação dificulta o conhecimento e a discussão dos possíveis problemas cotidianos do ACS, mantendo um “tarefismo” sem aprofundar os vários aspectos que envolvem as suas ações.

Com relação ao tema b, “A atividade cotidiana do ACS”, os discursos dos ACS revelam que existem determinadas situações que lhes geram insegurança quanto às informações dadas, no que se refere às necessidades e dúvidas da comunidade ou família.

Essa observação pode ligar-se ao fato de que determinados questionamento vindos da comunidade podem não fazer parte do conjunto de competências do ACS, ou, então, relacionar-se à capacitação insuficiente desse profissional perante suas diversas atribuições. De uma forma ou de outra, o ACS usa dos folhetos informativos para suprir sua carência “teórica”, se é possível assim se referir, e quando não consegue delimitar, junto a comunidade local, seu real papel como ACS. Aponta-se aqui ao fato do ACS não compreender de forma integral o seu papel, demonstrando dificuldades em visualizar as fronteiras de sua atuação, o que faz com que, de certa forma, sintase inseguro com o desempenho de seu aporte teórico<sup>10</sup>.

Em um trecho desse mesmo discurso “A atividade cotidiana do ACS”, ao tratar do alcoolismo, o ACS limita-se às “firmes” orientações contra o vício, como exclusiva estratégia de ação para enfrentar esse problema, deixando de levantar e discutir sobre os diversos determinantes presentes no universo dessa doença. Essa constatação revela que a concepção do ACS sobre o processo saúde-doença encontra-se fundamentado no lado biologicista hegemônico, não incorporando a esse processo os determinantes sociais, econômicos, culturais, entre outros existentes<sup>5</sup>.

Outra revelação encontrada nos discursos é que o ACS idealiza um padrão de comportamento saudável e divide a comunidade em dois grupos: aqueles que se comportam adequadamente e os que não se comportam. Essa concepção idealizada do ACS sobre comportamento saudável pode impedi-lo de fortalecer as competências familiares e da comunidade, ou seja, as habilidades já existentes. O ACS não foca sua ação no que existe de positivo, mas na perspectiva da doença (mudança de hábito para não ficar doente), da carência, do que falta, distanciando-se da perspectiva da Promoção da Saúde, que envolve o desenvolvimento da autonomia e consciência do indivíduo e coletividade (seguida de capacitação dirigida) com vistas à tomada de decisões sobre suas necessidades de saúde e o exercício da cidadania<sup>11</sup>.

Mais especificamente no tema C: “Prevenção e Promoção na prática do ACS”, o sujeito da pesquisa aponta para o desenvolvimento de seus próprios hábitos saudáveis (encarados por ele como ações de Promoção da Saúde) como uma atitude ainda a ser conquistada em seu aspecto integral. Trata a questão como se as ações de prevenção e promoção não fossem construídas e sim “invadissem” suas vidas, sem sua “permissão”, isto é, sem ter refletido ou analisado as implicações dessas ações.

Quanto à IC 2, “O desenvolvimento de atividades intersetoriais”, o discurso revela que o ACS exclui sua responsabilidade, na construção de vias de possibilidades favoráveis, para reunião do Conselho Local de Saúde. Sua expectativa é por uma atividade já delineada e sedimentada, mas, como isso não ocorreu (na sua concepção), retira sua participação, sem considerá-la como parte integrante do seu trabalho. Essa omissão na participação nas reuniões do Conselho Local de

Saúde impede que o ACS desenvolva uma ação moldada na estratégia da Promoção da Saúde e que busque a construção da cidadania, inclusive pessoal. Essa atitude atrapalha o incentivo às ações que visam ao aumento da autonomia individual e coletiva na descoberta de suas reais necessidades de saúde. Como o ACS vai incentivar a participação da comunidade na tomada de decisão no campo da saúde, se ele mesmo não foi transformado por sua prática? Se ele não exercita sua cidadania, como estimulará os outros a fazê-lo<sup>9</sup>?

Outro aspecto observado é o direcionamento que o ACS faz em relação aos comportamentos não saudáveis praticados pela comunidade, enfatizando os prejuízos consequentes dessa escolha. Com isso, ele perde a oportunidade de construir, junto à comunidade, uma visão positiva sobre a saúde, identificando os porquês das escolhas não saudáveis e podendo traçar, em conjunto com as famílias, meios de desenvolver estilos de vida mais saudáveis.

No que se refere ao apoio do ACS na alfabetização da comunidade, assunto da IC 2, a pesquisa demonstra que há apenas a preocupação de indicar o local onde se encontram as instituições educacionais, não demonstrando que a questão tenha sido discutida com o indivíduo e comunidade nos seus demais aspectos. Mais uma vez, o fortalecimento familiar dá espaço à informação “conteudista”, ou seja, à ação sem reflexão, apenas o conteúdo é usado como estratégia para alcançar seu objetivo no trabalho. A participação e incentivo às ações intersetoriais foi mais um elemento levantado na IC 2.

O ACS aqui investigado se isenta do envolvimento com as ações intersetoriais, destinando ao enfermeiro o “cargo” de responsável ímpar por esse papel. O ACS considera

como parceria o envolvimento de escolas e creches, o uso de uma sala de aula (da escola ou creche) para grupos informativos de saúde (com a comunidade). Outra parceria, na concepção do ACS, é o envolvimento na área comercial, para se obter uma cesta básica, por exemplo, apontando, com essa atitude, para uma visão assistencialista e paternalista. Nos primórdios dessa profissão, na década de 80, talvez essa fosse a direcionalidade do ACS, mas essa direção tem sido objeto de crítica e de reformulação<sup>12</sup>.

A concepção do ACS sobre a ação que envolve e incentiva a participação intersetorial, como um dos meios de promover a saúde da comunidade, encontra-se baseada na troca de favores entre os setores, em uma visão assistencial e paternalista, não contribuindo, mais uma vez, com o fortalecimento e capacitação das habilidades da comunidade em prol do “incremento do poder técnico e político das comunidades nos processos decisórios para se alcançar melhores níveis de saúde...”, segundo eixo de ações da Carta de Ottawa<sup>6</sup>. Por meio da observação do último Discurso do Sujeito Coletivo sobre a IC 3: “A valorização das ações do ACS pela comunidade”, foi possível verificar que o ACS julga desempenhar um potencial favorável na condução da comunidade para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, potencial esse superior, na concepção do ACS, ao dos demais profissionais de saúde da equipe.

Diante desse fato, percebe-se um profissional que, apesar de não compartilhar integralmente da nova visão da Atenção Básica da Saúde, proposta pela estratégia da Promoção da Saúde, demonstra um potencial favorável para a mobilização da comunidade local. Esse fato comprova que as pesquisas no campo da saúde que têm como sujeito de investigação o ACS se

mostram pertinentes e altamente importantes do ponto de vista de desenvolver pesquisas científicas que proponham estratégias, instrumentos, entre outros, para facilitar sua ampla capacitação, envolvendo toda a equipe de saúde nessa complexa e necessária construção<sup>5</sup>.

## Conclusões

Conforme ressaltado anteriormente, o investimento na participação comunitária e no exercício da cidadania é um dos elementos fundamentais na construção na Promoção da Saúde. Os ACS poderiam contribuir para desencadear um processo de envolvimento das lideranças locais na discussão sobre os problemas de saúde e seus determinantes sociais, dado que integram as regiões de atuação das equipes<sup>12</sup>.

O que se coloca aqui é a possibilidade de se explorar mais o polo de agente comunitário e menos o de agente saúde do ACS, dado que, nessa última perspectiva, esse pode construir sua identidade como um “pseudoprofissional de saúde”, voltando-se também para desenvolver ações centradas na doença, distanciando a equipe e a população da busca de enfrentar as condições geradoras dos problemas de saúde identificados na região.

O ACS necessita investir basicamente, em três esferas para garantir:

*Fortalecimento da ação comunitária* que possibilita o desenvolvimento de atividades junto a grupos comunitários e apoio a que se organizem para modificar os condicionantes dos perfis epidemiológicos na sua localidade;

*Ampliação do vínculo entre a equipe e a população atendida:* por serem sujeitos da comunidade na equipe,

diminuem o distanciamento cultural entre população e equipe de saúde e contribuem na priorização dos problemas;

*Potencialização do trabalho intersectorial:* na qualidade de trabalhador da área da saúde e integrante da população atendida, poder ser instrumentalizado para agregar políticas; reorganizar o trabalho do ACS com bases mais eficazes para possibilitar a recuperação da cidadania plena de nossas comunidades.

Além das questões de *empowerment*, como eixo para as práticas do SUS, a Promoção da Saúde reforça como objetivos essenciais: a produção de saúde e a construção da capacidade de ação autônoma e cidadã para os sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários. Para tanto, surgem como demandas a instauração de processos geradores de autonomia e de apropriação da complexidade do novo objeto por esses sujeitos.

A experiência tem mostrado que projetos de promoção da saúde bem-sucedidos têm como “marca” a incorporação de instrumentos baseados na construção do *empowerment* e da autonomia da população. Ainda o uso de tecnologias leves no trabalho em saúde são capazes de redirecionar o olhar das carências para os potenciais de saúde presentes nos usuários (e suas famílias)<sup>9</sup>.

Projetos de promoção da Saúde exitosos apostam que a promoção da saúde requer ações intersetoriais que envolvam não só os indivíduos, mas as famílias e a comunidade, além de utilizarem recursos didático-pedagógicos facilitadores de aprendizagem que auxiliem o diálogo entre profissionais e famílias. Esses recursos, mais do que transmitir informações, precisam se ocupar do *empowerment* das co-

munidades, do protagonismo dos sujeitos no cuidado a sua saúde e do exercício de cidadania plena nas instâncias que forem possíveis.

As peculiaridades das ações de promoção da saúde executadas pelos ACS, no âmbito da ESF e do SUS, requerem o redirecionamento da prática clínica e também do equacionamento ético de todos os membros da equipe. Ambos têm de ser desfocados do hospitalocentrismo e da alta especialização que marcam a conformação do sistema de saúde e a formação dos profissionais.

Estimular o ACS a conceber o território como espaço-local e como polo distinto da globalização leva-o à descoberta de aspectos relevantes na reprodução social dos atores nele envolvidos. Em se tratando da relação estabelecida entre os indivíduos e a sociedade em um dado território, compartilhamos da proposição de que a conquista da cidadania pode ter início na redistribuição equitativa de instituições promotoras de serviços vinculados aos direitos inalienáveis do ser humano, como a educação, a saúde, a moradia e o lazer.

O desafio atual para subsidiar as ações comunitárias seria a aproximação com vistas ao desenvolvimento de trabalhos centrados na perspectiva da valorização do local, explorando as potencialidades da vivência solidária como base para o fortalecimento da identidade da cidadania.

O fortalecimento da ação comunitária e da cidadania, no entanto, esbarra em condições políticas propícias, pois é fundamental a revisão do papel das instituições promotoras de políticas públicas tendo em vista a promoção da equidade e a integralidade no atendimento ao cidadão.

---

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
  2. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde do PSF de Porto Alegre. Ciên Saúde Colet. 2005;10(2):346-55.
  3. Bezerra AFB, Santo ACGE, Batista Filho M. Concepções e práticas do Agente Comunitário na Atenção à Saúde do Idoso. Rev Saúde Pública. 2005;39(5):75-86.
  4. Noronha MGRCS, Cardoso PS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? Ciên Saúde Colet. 2009;14(2):497-506.
  5. Santos LPGS. A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
  6. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Trad Luis Eduardo Fonseca. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
  7. SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Banco de dados da UBS Humaitá. São Paulo; 2008.
  8. Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 1999;20(1):5-25.
  9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2003.
  10. Nogueira RP. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista". Interface. 2002;6(10):91-3.
  11. Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1354-60.
  12. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- 

*Recebido em 14 de fevereiro de 2011*  
*Aprovado em 28 de março de 2011*