

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

Átila Américo Osório, Ricardo Pedrozo Saldanha (orient), Jader da Cruz Cardoso (co-orient)
UNILASALLE - CANOAS

Resumo

A inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe muitas expectativas sobre sua atuação profissional. O Programa de formação para o Agente Comunitário de Saúde definiu suas competências que deveriam compor seu perfil, sendo uma delas a promoção da saúde. A partir disso, este estudo procura identificar as contribuições do ACS no contexto dos serviços de saúde. O estudo está focalizado na descoberta do entendimento do ACS sobre as ações de Promoção da Saúde, no que tange ao conceito e as práticas aplicadas. Considera-se importante identificar e descrever as ações específicas de promoção da saúde nos diversos tipos de atendimentos durante as visitas domiciliares de rotina deste profissional. Espera-se que este estudo divulgue o papel do ACS na sua contribuição para a promoção, informação e educação em saúde à comunidade.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Promoção da Saúde, Saúde Pública

Área Temática: Ciências Médicas e da Saúde

1. Introdução

As atividades de promoção da saúde têm como uma de suas diretrizes, desenvolver ações de educação em saúde (BRASIL, 2007). O que significa, portanto, estar sujeito as mais diversas situações, independente de seu grau de exigência.

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

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

Minha experiência profissional como ACS, desde 2012 até os dias atuais, colocou-me frente ao desafio de lidar com situações relacionadas às ações que destaque a saúde. Na minha trajetória profissional participo de ações cujo propósito é valorizar o cuidado com a saúde de diferentes maneiras, desde a informação às famílias nas visitas domiciliares, salas de espera na unidade de saúde e participando como membro organizador dos grupos: de caminhada, vida saudável, combate ao tabagismo e programa desenvolvendo saúde na escola. Estas ações

demonstram a importância do trabalho do ACS e o potencial que este profissional pode atingir. Através de ações que valorize a saúde e desperte o interesse na busca de resultados favoráveis permite conhecer e minimizar as dimensões dos problemas enfrentados na comunidade com relação à saúde e fornecer contribuições significativas para o debate sobre quais ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos ACS se revelam como estratégia eficiente junto à população.

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

2. Referencial Teórico e Trabalhos Relacionados

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

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma mobilização setorial que surge a partir de movimentos sociais que enfrentaram o autoritarismo desde os anos 70, defendendo os direitos à saúde. Assim, uma das bandeiras de luta era: saúde é democracia, democracia é saúde (AROUCA, 1987; ESCOREL, 1988). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil. Tal movimento representou, em termos constitucionais, a maior conquista do movimento sanitário brasileiro consolidando a nova consciência social de promoção de saúde e uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007).

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

Com isso, houve uma ampliação do conceito de saúde, que passa a ser entendido como direito do cidadão e dever do Estado, buscando formular um novo modelo assistencial centrado no usuário, voltado ao atendimento integral da saúde, baseado na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida. O SUS teve com sua criação o objetivo de modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária (VIEGAS, 2013). Diante disso, as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar "uma rede regionalizada e hierarquizada", organizada de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, que, aliados às diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A implantação do SUS proporcionou experiências positivas nos setores da saúde no Brasil. Dentre elas, pode-se destacar a descentralização político-administrativa das redes de serviços, a garantia universal de acesso ao sistema público de saúde, com ampliação da cobertura de assistência dos serviços básicos e especializados, e o fortalecimento dos mecanismos de legitimação da participação popular, por meio dos conselhos gestores nas diferentes esferas de administração dos serviços (SANTOS, 2005).

O Brasil passou por muitas transformações que determinaram os processos de municipalização e descentralização das ações de saúde dos estados para os municípios (COSTA; SILVA, 2004). O processo de descentralização ampliou a capacidade de autonomia do governo local, associada à melhor estruturação da atenção básica (BODSTEIN, 2002).

O conceito de atenção básica aproxima-se do de atenção primária à saúde (APS), como encontrado na literatura internacional (MENDES, 2002). Para se dirigir as ações que competem à Atenção Primária à Saúde, o Brasil tem adotado o termo Atenção Básica à Saúde. Esta elaboração conceitual está relacionada à necessidade de construção de uma identidade institucional própria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de se estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção (BRASIL, 2003). Esse conceito surgiu em 1977, pela declaração “Saúde para todos no ano 2000”, construída na reunião anual da Organização Mundial de saúde (OMS), durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata em 1978.

A Conferência de Alma-Ata tornou-se referência para a consolidação da Atenção Primária, definida como sendo: “fundamentalmente assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, por meio que lhes sejam aceitáveis, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. A atenção primária, ao mesmo tempo em que constitui o núcleo do sistema nacional de saúde, forma parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade” (OMS/UNICEF, 1978 p.40).

A declaração de Alma-Ata ao enfatizar a saúde, ou o bem-estar, como um direito fundamental e uma meta social mundial, dirigia-se à situação de desigualdade na saúde das pessoas em todos os países e a responsabilidade governamental de formação de políticas de promoção do desenvolvimento econômico, social e de saúde (BARNES et al., 1995).

No Brasil, o processo de implantação da atenção primária à saúde teve início com a experiência do PIASS – Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, baseada no trabalho desenvolvido pela Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública – FIESP, que deu origem à discussão do Programa de Extensão das Ações Básicas de Saúde ou Prev-Saúde, discutido na VII Conferência Nacional de Saúde em março de 1980. Essas experiências e discussões foram sendo traduzidas em propostas consubstanciadas nas AIS – Ações Integradas de Saúde e, a seguir, no SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), criado na tentativa de aperfeiçoar as AIS e fortalecer os princípios filosóficos e organizacionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), definido na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, marco definitivo que fundamentou a reforma política e a legislação do setor. A VIII Conferência Nacional de Saúde serve de palco para a apresentação de um modelo de sistema de saúde que diríamos revolucionário, em face da amplitude e profundidade das mudanças apresentadas no documento resultante e do referencial teórico que lhe serve de sustentação (GALLO; NASCIMENTO, 1989).

Em 1987, surge o Programa de Agente de Saúde (PAS), no Ceará, na tentativa de fixar profissionais da saúde em locais sem recursos econômicos e sociais, atendendo a recomendações da Organização Mundial de Saúde de criar opções viáveis para amenizar os problemas de saúde da população (SILVA, 1997). Nessa época houve a contratação de 6113 Agentes comunitários de Saúde (ACS). Com o fim da estiação, essa iniciativa foi desativada e, a partir da reivindicação das comunidades, antes assistidas, o Programa dos Agentes de Saúde foi retomado em 1988 e ampliado para todo o estado (ALVES, 2009). O Ceará foi o estado pioneiro nas experiências com ACS e de onde saíram às primeiras propostas de organização de trabalho desses profissionais. Nesse momento inicial da história dos ACS, a contratação de tais trabalhadores teve como critério a renda e a intenção de empregar mulheres que se encontravam em regiões mais pobres, a fim de melhorar as condições de vida desse grupo (SILVA, 2001). Este modelo obteve muitos resultados positivos, sendo então estendido a todo o país, em 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), como Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) (MENDES, 2002).

Em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) teve início, sob coordenação da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde no qual através de seus resultados inicia sua contribuição para a consolidação do SUS e da municipalização, além da extensão de cobertura da assistência a populações rurais e de periferia urbana, com o enfoque no autocuidado e na saúde materno-infantil (SILVA, 2001).

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

O PACS foi formulado como uma proposta de extensão de cobertura dos serviços de saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, particularmente para atuar nas áreas mais carentes, introduzindo nas práticas de saúde um enfoque na família (VIANA, 1998).

O objetivo central do PACS, proposto pelo Ministério da Saúde, era melhorar através das informações repassadas pelo ACS, a capacidade da população de cuidar da sua saúde e contribuindo para o conhecimento, construção e a consolidação dos sistemas locais de saúde (SILVA, 2001). Com objetivo específico, o PACS buscava capacitar os ACS para a execução de trabalhos no primeiro nível de atenção à saúde, fortalecendo o elo entre o serviço e a comunidade. Para o PACS, sendo o trabalho do ACS integrado com a equipe da unidade de saúde, este seria ampliado e o profissional poderia, ainda, cooperar com a organização comunitária no sentido de fortalecê-la no trato com os problemas de saúde (BRASIL, 1994a).

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

Em 1993, o PACS já abrangia 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29.000 ACS, atuando em 761 municípios. A estratégia definida previa a ampliação, em 1994, para novos municípios das regiões Norte e Nordeste e estendido também para a região Centro-Oeste do Brasil (SILVA, 2001). Ao mesmo tempo, na busca da estruturação de um novo modelo de assistência, o Ministério da Saúde propôs no mesmo ano o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar esta prática assistencial, substituindo o modelo de assistência à saúde centrada no médico e altamente medicalizado por um modelo centrado na família, a partir de sua inserção social, possibilitando entender o processo saúde-doença de forma ampliada, gerando intervenções que busquem mais do que ações curativas (FRANCO, 1996).

A atividade profissional do ACS começou a ter reconhecimento legal inicialmente com a publicação da Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997, que aprovou as normas e as diretrizes do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2003). Posteriormente, houve a publicação do Decreto nº 3189 de 4 de outubro de 1999, que definiu as diretrizes para o exercício de suas atividades – “desenvolver atividades de prevenção de doenças e atividades na Promoção da Saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade”(BRASIL, 1999). A lei nº 10.507 de 10 de junho de 2002 criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde e definiu seu exercício exclusivamente no âmbito do SUS (BRASIL, 2002).

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

Considerando-se que as competências profissionais dos trabalhadores de saúde são compreendidas como um dos componentes fundamentais para a revolução qualitativa desejada para os serviços de saúde, as competências profissionais do ACS foram conceituadas no exercício da sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos e habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com indivíduos, grupos sociais e populações (BRASIL, 2004).

Com o objetivo de complementar o perfil do profissional ACS, o Ministério da Saúde definiu as cinco competências desses profissionais: a) Integração da equipe com a população local; b) Planejamento e avaliação; c) Promoção da Saúde; d) Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; e) Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (BRASIL, 2004).

A partir de 2006, suas atividades passaram a ser regulamentadas pela lei nº 11.350, que, além de definir suas atribuições, determinou que o ACS tenha como requisitos para o exercício

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

Em 2006, o Programa Saúde da Família passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) de acordo com a Portaria Ministerial 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b). A ESF fugiu da concepção usual dos programas tradicionais concebidos pelo Ministério da Saúde, pois não se tratava de uma intervenção pontual no tempo e no espaço, e tampouco de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde. Ao contrário, objetivava a integração e a organização das atividades em um território definido, com um propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com visitas a mudanças radicais no sistema, de maneira articulada e perene (SOUZA, 1998).

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

Atualmente, o PACS e o Programa Saúde da Família (PSF) dão forma à Estratégia de Saúde da Família, que propõe a reordenação do modelo de atenção à saúde a partir da Atenção Básica (BRASIL, 1994b).

Em toda essa reestruturação surge, nesse cenário, um profissional que vem a contribuir para esse novo processo de cuidar, o ACS. A incorporação desse novo ator na equipe de saúde trouxe novas perspectivas para o trabalho na Atenção Básica à Saúde (SANTOS, 2005). Nesse contexto, insere-se o profissional ACS, com amplitude de atribuições, definidas em Lei, que necessitam de saberes sólidos construídos, para atuação eficiente no campo da saúde. Destaca-se no trabalho do ACS a relação de complementaridade e interdependência com os demais profissionais da saúde da família, no sentido de garantir o que preconiza a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, quanto a articular com os diversos profissionais da equipe as ações comuns e específicas do trabalho, exercendo um papel primordial no processo de transformação social (SCHIMIDEL, 2009).

Com esse profissional, a equipe de saúde tem a possibilidade de se aproximar dos grupos heterogêneos que compõem uma dada população de determinada área de abrangência, de maneira a contribuir para o conhecimento das peculiaridades e necessidades que emanam do viver desses grupos, fruto do modo de viver e trabalhar conforme se dá a inserção destes na sociedade (SANTOS, 2005).

Em uma pesquisa realizada no município de São Paulo, ressalta duas considerações acerca do trabalho do ACS: a) que o trabalho do ACS vai além do atendimento às necessidades dos grupos sociais – é mais que um simples trabalho, transcende o setor saúde; b) apóia-se na interação com a instituição e a comunidade, e isso direciona a formação de sua identidade, que ora está mais centrada no pólo comunidade prevalecendo o saber do senso comum e ora está mais voltada para o pólo serviço de saúde, prevalecendo o saber higienista e médico-cêntrico (SILVA, 2001).

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

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

Na tentativa de conciliar as três dimensões, o trabalho do ACS apresenta-se de forma conflituosa, o que na prática representa ações que tendem para um desses polos (BORNSTEIN, 2007).

Em revisão de pesquisas produzidas em São Bernardo do Campo, São Paulo e Marília sobre as competências dos ACS, foram abordadas a frequência de ocorrência das ações que

integram as cinco competências do ACS. Ao analisar os resultados dessas pesquisas, pode-se verificar que a competência de Integração da equipe com a população local é a mais realizada; isso comprova que a construção do elo entre o ACS, os serviços de saúde e a comunidade está sendo operacionalizado. A da Promoção da Saúde tem menor frequência de realização entre todas as cinco competências nessas pesquisas. Verifica-se que a competência da Promoção da Saúde, além de ser menos realizada, conforme os resultados dessas pesquisas, sua realização não é na perspectiva do “empowerment” e do fortalecimento da comunidade (SANTOS, 2005; ALMEIDA, 2008; PINTO, 2010).

A Promoção da Saúde, no Brasil, é um dos eixos da proposta de Atenção Básica à Saúde e constitui-se em uma estratégia de articulação transversal da saúde (BRASIL, 2007).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Promoção da Saúde refere-se a ações exercidas sobre os condicionantes e determinantes e que estão dirigidas a provocar impacto favorável na qualidade de vida das populações. Além das ações intersetorial e intrassetorial, a promoção da saúde se caracteriza por ações de ampliação de poder de cidadania. A promoção de saúde com práticas sanitárias referem-se ações coletivas, voltadas para a definição de políticas, preservação e proteção do ambiente físico e social, com o apoio de informação, educação e comunicação dirigida aos profissionais e à população (BRASIL, 2007).

A promoção da saúde possui relações estreitas com a vigilância em saúde através do reforço do exercício da cidadania. Onde cria mecanismos de mobilização e participação em rede. O trabalho em rede, com a sociedade civil favorece o planejamento das ações em saúde, garantindo aos diferentes territórios sustentabilidade das intervenções nos determinantes e condicionantes de saúde.

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

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como objetivo a promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Para o alcance desse objetivo, a Promoção da Saúde precisa ser compreendida como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam participes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2007).

A publicação da PNPS representa um marco no processo cotidiano de construção do SUS, reiterando a compreensão dos determinantes sociais da saúde no processo saúde doença. O objetivo da PNPS é “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”. Suas diretrizes preconizam atitudes baseada na cooperação e no respeito às singularidades, como: estímulo à intersetorialidade, compromisso com a integralidade do cuidado, fortalecimento da participação social e estabelecimento de mecanismos de co-gestão no processo de trabalho e no trabalho em equipe.

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

Com isso o gestor federal do SUS coloca como desafio propor uma política transversal, integrada e intersetorial que faça dialogar em todos os níveis de atenção (público, privado, sociedade, etc.) Com o compromisso da co-responsabilidade quanto a qualidade de vida e cuidado com a vida da população.

Em 2014, a Portaria Ministerial 2446/2014 redefine a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS). Na qual amplia o conceito e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias, além de formas de produzir saúde no âmbito individual ou coletivo. Destaca-se como diretrizes da PNPS: o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde; fomento de planejamento de ações territorializadas de promoção de saúde e incentivo a gestão democrática, participativa e transparente. Além de esclarecer as competências do Município que são: promover a articulação intra e intersetorial para o apoio à implantação e implementação da PNPS; implantar e implementar a PNPS no território - respeitando as especificações locorregionais; pactuar nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Regionais (CIR) as estratégias, as diretrizes metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS. O financiamento dos temas prioritários da PNPS e seus planos operativos serão objetos de pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2014).

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

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

Nesse sentido a PNPS é construída para implantar/implementar nas várias esferas de gestão do SUS e na intervenção entre setor sanitário e os demais setores das Políticas Públicas e da sociedade com a finalidade de organizar, planejar, realizar, analisar o trabalho em saúde. A Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal, na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no País. A finalidade da Promoção da Saúde é a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2007). A potencialidade do agente comunitário de saúde (ACS) para a Promoção da Saúde na Atenção Básica é dada pela sua possibilidade de capacitar a população para o enfrentamento dos problemas de saúde (CHIESA, FRACOLLI; 2004).

Diante disso, o processo de trabalho do ACS possibilita que esse profissional consiga realizar ações que fortaleça a comunidade durante o enfrentamento de seus problemas de saúde (SANTOS, 2005).

A partir das reflexões realizadas sobre o ACS no Brasil, percebe-se o quanto a pesquisa poderá contribuir para o aprimoramento desse profissional de saúde inserido SUS.

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

Diante deste cenário, a competência promoção da saúde se aproxima do ACS como uma estratégia de maior potencial para ajudar a transformar o modelo de saúde em curso. Esta competência além de fazer parte dentre as 5 competências do perfil do ACS, é formada por 16 ações que visam à educação em saúde; orientações para o autocuidado; ampliação do conhecimento por parte dos usuários do SUS em relação ao processo saúde-doença; incentivar

práticas que promovam a qualidade de vida, a inclusão social e a saúde da população; à promoção de ações intersetoriais e de participação social.

3. Metodologia

A pesquisa realizada será descritivo-exploratória de caráter qualitativo, usando como metodologia o estudo de caso. A população do estudo compreenderá ACS de unidades de saúde da família de Canoas-RS ainda a ser definido. As seleções das unidades de saúde da família de Canoas deverão possuir equipes duplas e os sujeitos serão escolhidas de acordo com a disponibilidade dos profissionais das unidades.

Os critérios de inclusão no estudo serão: trabalhar como ACS há mais de um ano, possuir idade superior a 18 anos, ter concluído o curso introdutório de formação para agentes comunitários de saúde e consentimento do entrevistado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão serão considerados os profissionais que estarão de férias ou licença médica. Antes de iniciar às atividades de campo, será solicitada autorização para a realização das mesmas, aos dirigentes da Instituição que participará da pesquisa, por meio de ofício entregue pessoalmente. A todos os participantes, será entregue o consentimento livre e esclarecido aos participantes, antes da aplicação da entrevista, explicando-lhes verbalmente o objetivo do estudo e sua finalidade, esclarecendo-lhes que poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, garantindo o anonimato e o sigilo às que responderem a entrevista, bem como o acesso aos resultados.

A pesquisa seguirá as recomendações éticas conforme Resolução 466 do CNS, 2012, não oferecendo risco à saúde dos participantes. As informações referentes aos participantes da pesquisa serão levantados a partir dos registros coletados de um roteiro de entrevistas semi-estruturadas aplicadas. No entendimento de Minayo (1999) são enumeradas de forma mais abrangente possível as questões onde o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação. A entrevista será gravada e realizada de forma individual. Para análise das entrevistas será utilizada a técnica de análise de conteúdo nos moldes desenvolvidos por Bardin (2011), seguindo as três etapas cronológicas (Pré-Análise Exploração do Material; Tratamento dos Resultados; Inferência e Interpretação). O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unilasalle e da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Canoas-RS.

4. Considerações Finais

O presente estudo trata-se de um projeto de pesquisa. Neste sentido, ainda não há resultados a serem apresentados. Os ACS são profissionais inseridos diretamente no convívio da comunidade, portanto, há uma expectativa no que se refere ao desenvolvimento das ações de promoção da saúde realizadas por este ator. Estas ações são estratégias que precisam ser priorizadas pelas políticas públicas sociais e de saúde, pois seu desenvolvimento pode impactar positivamente nos indicadores de saúde das famílias. Tendo em vista as características de inserção do ACS no serviço de saúde e sua identidade sociocultural que permite uma relação de vínculo e de confiança com as famílias, será relevante analisar o que esse profissional pode ser capaz de viabilizar através das ações de promoção da saúde às necessidades da comunidade.

Referências

ALMEIDA EZ. As concepções do agente comunitário de saúde sobre promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

AROUCA ASS. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986, Brasília. Anais...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. P.35-42.

BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo, Edições 70, 2011.

BARNES, D.; ERIBES C.; JUARBE T.; NELSON, M.; PROCTOR, S.; SAWYER, L. SHAUL, M.; MELEIS, A. I. Primary Health Care and Primary Care: a confusion of philosophies. Nursing Outlook, st. Louis, v. 43, n. 1, p. 7-16, Jan/Feb. 1995.

BORNSTEIN VJ. O agente comunitário de saúde na mediação dos saberes [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, 2007.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 1993.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília; 1997.

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

BRASIL. Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. P. 7-10.

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

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

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

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

CHIESA AM, FRACOLLI LA. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. Ver. Bras. Saúde Família. 2004; 5(7): 42-49.

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

FRANCO T, MERHY E. PSF: Contradições e novos desafios. In: 10ª Conferência Nacional de Saúde Online; 1996. Brasília (DF), BR [evento na internet] Brasília: Ministério da Saúde; 1996. [citado 2011 set.15]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.html>.

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

LIMA, Ariane Netto de; SILVA, Lucia; BOUSSO, Regina Szylit. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. Saúde soc. – on line. 2010, vol.19, n.4. PP. 889-897. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 30 de maio de 2015.

MAIO, Marcos Chor, LIMA, Nísia Trindade. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. Cad. Saúde Pública. 2009,vol.25, n. 7, PP. Disponível em <http://www.scielo.com>. Acesso em 10 de maio de 2015.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

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

PINTO AAM. As potencialidades do agente comunitário de saúde na efetivação da promoção da saúde: uma análise das suas ações no município de Marília-SP [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

SILVA, JA. O agente comunitário de saúde do projeto qualis: agente institucional ou agente da comunidade? Tese. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

SCHMIDEL JPC. Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

SANTOS LPGS. A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

SOUZA HM. Programa de Saúde da Família no contexto do sistema único de saúde. In: Anais do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família; 1998; Brasília (DF), BR. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. P.24-26.

VIANA ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis. 1998,-8(2): 11-48.

VIEGAS SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. Cien Saude Coletiva. 2013; 18(1):181-90.