



XII SEMANA CIENTÍFICA UNILASALLE – SEFIC 2016  
Canoas, RS – 17 a 21 de outubro de 2016

COMUNICAÇÃO ORAL

ISSN 1983-6783

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

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

### **Resumo**

Busca-se compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas de Promoção da Saúde. Os resultados preliminares indicam que a maioria dos participantes associa promoção da saúde a informações e orientações à comunidade. Sugere mais estudos na atuação profissional.

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

**Área Temática:** PPG em Saúde e Desenvolvimento Humano

### **1. Introdução - Propósito central do trabalho**

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.

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



XII SEMANA CIENTÍFICA UNILASALLE – SEFIC 2016  
Canoas, RS – 17 a 21 de outubro de 2016

COMUNICAÇÃO ORAL

ISSN 1983-6783

Busca-se, portanto, com esta pesquisa, responder a seguinte questão: Como o Agente Comunitário de Saúde de uma Unidade de Saúde da Família da cidade de Canoas/RS entende sobre os significados da promoção da saúde? Para responder a questão supracitada, foi estabelecido os seguintes objetivos: (a) compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre suas práticas de Promoção da Saúde, mais especificamente, (b) identificar em que momento, da jornada de trabalho, o ACS realiza as ações de promoção da saúde; (c) identificar o público para qual o ACS destina estas ações; (d) identificar as ações de promoção da saúde praticadas pelo ACS; (e) compreender a finalidade em aplicar as ações de Promoção da Saúde na visão do ACS.

## 2. Marco Teórico

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. 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.

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). 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).

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).

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).

A atividade profissional do ACS começou a ter reconhecimento legal inicialmente com a publicação da Portaria n° 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 n° 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 n° 10.507 de 10 de junho de 2002 criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde e definiu seu exercício exclusivamente no âmbito do SUS (BRASIL, 2002).

A partir de 2006, suas atividades passaram a ser regulamentadas pela lei n° 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,



XII SEMANA CIENTÍFICA UNILASALLE – SEFIC 2016  
Canoas, RS – 17 a 21 de outubro de 2016

COMUNICAÇÃO ORAL

ISSN 1983-6783

2006b). A equipe de saúde nesse modelo de atenção é multiprofissional, formada inicialmente por um médico generalista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Posteriormente, a equipe foi ampliada incluindo o cirurgião-dentista, o técnico de higiene bucal e o auxiliar de consultório dentário. Dentro da equipe de Saúde da Família existe uma definição de competências e corresponsabilidades entre seus membros, compondo um novo processo de cuidar (FRANCO, 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 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 intrasetorial, 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).

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.



XII SEMANA CIENTÍFICA UNILASALLE – SEFIC 2016  
Canoas, RS – 17 a 21 de outubro de 2016

COMUNICAÇÃO ORAL

ISSN 1983-6783

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. 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 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).

Neste 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

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de cunho qualitativo. A população do estudo compreendeu 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), todos do sexo feminino, da unidade de saúde da família (USF) União de Canoas/RS. O número de sujeitos envolvidos foi estipulado pelo critério de saturação e repetição, ferramenta esta empregada em pesquisa qualitativa em várias áreas da saúde, onde o fechamento amostral processa-se pela suspensão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar redundância e repetição (FONTANELLA et al. 2008; LEFEVRE, 2003). Assim não foram limitados os sujeitos, já que a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade, e, além disso, uma boa amostra é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1994). Os critérios de inclusão para a seleção dos ACS no estudo foram: pertencer a uma equipe; trabalhar como ACS há mais de um ano; possuir idade superior a 18 anos; ter concluído o curso introdutório de formação para agentes comunitários de saúde e; o consentimento através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão foram: profissionais em período de férias; estar em licença médica e; não assinarem o TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unilasalle (nº 54201616.6.0000.5307). A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2016 onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os ACS nas dependências da USF União de Canoas/RS seguindo um roteiro previamente construído pelo pesquisador. Este roteiro foi composto por duas partes: a primeira contendo questões fechadas sobre características sócio-demográficas dos sujeitos e; a segunda formada por questões abertas que abordaram os seguintes eixos temáticos: conceito de promoção da saúde e ações de promoção da saúde envolvidas no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Foi utilizado um gravador em todas as entrevistas, como forma de garantir maior fidedignidade dos depoimentos. Cada entrevista teve duração em média de 45 minutos. A fim de manter o anonimato foram utilizados os seguintes pseudônimos para identificar as falas dos sujeitos de pesquisa: ACS1, ACS2...

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

### 4. Resultados e discussão:



Todos os entrevistados pertenciam ao gênero feminino. Quanto ao nível de escolaridade, oito relataram possuir ensino médio completo, duas ensino fundamental completo e uma ensino superior completo. Quando questionadas sobre a forma de inserção no serviço público, todas apontaram o concurso público como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. Com relação ao tempo de atuação como ACS, oito desempenhavam essa função há quase cinco anos e as demais há quatro anos. Na sequência, a construção das categorias definidas como: entendimento sobre promoção da saúde e ações de promoção da saúde realizadas durante a rotina de trabalho.

### **Entendimento sobre promoção da saúde**

Esta categoria temática discute o sentido do termo promoção da saúde para os sujeitos envolvidos na pesquisa. Para que a concepção da promoção da saúde avance em direção a seu conceito moderno é preciso que sustente as ações na dimensão social da saúde, envolvendo amplos aspectos relacionados com a qualidade de vida, incluindo-se estilos de vida responsável, oportunidades de educação ao longo da vida e apoio social (BUSS, 2003). Entretanto a análise das falas revela uma percepção envolvendo os termos de promoção e prevenção, que se confundem, direcionando ao cuidado com a saúde e a ausência de doença. Tais elementos estão contidos nas falas:

*É prevenir saúde (ACS 4).*

*Eu acho que é orientação pra eles não ficarem tanto doentes [...] para terem saúde (ACS 9).*

*Promover a saúde é [...] melhorar as condições de vida [...] pra pessoa não ficar doente, o cuidado com si (ACS 10).*

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

*Eu chego oriento [...] a pessoa [...] se já renovou as receitas (ACS 6).*

*Orientação e prevenção da saúde [...] orientar sobre a medicação, vacinas, orientação da carteirinha de gestantes (ACS 9).*

*Eu falo [...] que é importante se prevenir [...] usar camisinha, que tem HIV, hepatite, sífilis (ACS 10).*

Desta maneira, as falas sintetizam que alguns profissionais tem um entendimento ligado a uma visão restrita de saúde, centrada basicamente na doença, sendo o termo reconhecido como prevenção de agravos (HORTA, 2009).

Entretanto, foi possível identificar durante algumas falas o conceito de promoção da saúde de forma mais abrangente, relacionando ao campo dos determinantes biológicos e sociais. Como nas falas representadas abaixo:

*Eu vou na casa da pessoa e tento ter um olhar clinico, tento observar desde a entrada, o pátio, tudo, o máximo que eu puder [...] foco de dengue[...] problema de muito rato [...] água encanada [...] se eles tem luz [...] condições de higiene [...] alimentação, se trabalham se não trabalham, se tem crianças e se estão bem cuidadas, se as casas são separadas, os quartos das crianças ou não, como é que o pai e a mãe dorme, que horas levantam, a rotina daquela casa daquela pessoa (ACS 4).*

*[...] nós mesmos, os ACS criamos um grupo quinzenal onde a gente se reúne com o pessoal da comunidade [...]. Já falamos [...] onde buscar ajuda, onde que eles podem fazer um cursinho próximo, onde fica o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), quando eles ficam doente onde eles vão se é num posto de saúde ou upa [...] pra interagir mesmo, muitos são vizinhos e não se conversam e ali vai se formando novas amizades (ACS 4).*



XII SEMANA CIENTÍFICA UNILASALLE – SEFIC 2016  
Canoas, RS – 17 a 21 de outubro de 2016

COMUNICAÇÃO ORAL

ISSN 1983-6783

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

Tais concepções apontam para uma mudança no entendimento de promoção da saúde que podem impulsionar transformações nas práticas cotidianas. É importante destacar o fato de que foram expressos alguns elementos essenciais à promoção da saúde. Com isso, verifica-se o primeiro passo para o avanço na visão acerca da saúde, mesmo ainda com limites, percebe-se o desafio de incorporar as noções de autonomia e empoderamento fundamentais para o desenvolvimento destas ações (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

### **Ações de promoção da saúde realizadas durante a rotina de trabalho**

Quando questionados em relação às ações de promoção da saúde desenvolvidas, os sujeitos da pesquisa acreditam desenvolvê-las durante suas rotinas de trabalho. São citadas as atividades de grupos e as diferentes abordagens durante as visitas domiciliares, traduzindo em estratégias promotoras de saúde. As ações de promoção da saúde aplicadas na atenção básica, geralmente estão voltadas para grupos de usuários relacionados às ações programáticas, como hipertensos, diabéticos, idosos e gestantes (REIS, 2007). E isso se evidencia nas falas a seguir:

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

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

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

*[...] tem o hiperdia e a roda de terapia comunitária [...] já foram abordados [...] relacionado a família, conflito familiar ou estresse depressão (ACS 2).*

*Eu convido os idosos a participarem dos grupos pra terem alguma ocupação, na tarde [...] tem vários assuntos divertidos, sobre medicação, alimentação, lazer [...] uso correto da medicação, conservar e tudo e tomar a medicação e pede pra fazer exercícios caminhadas (ACS 7).*

Relacionada à concepção de promoção da saúde já evidenciada, a análise sobre as ações apontadas pelos profissionais associa-se a um modelo de prevenção de doenças. Que segundo ROUQUAYROL (2003), tem o objetivo de evitar a doença e responsabiliza o indivíduo pelo seu estado de saúde, atribuindo a ele os fatores de risco para determinada doença. Nesta perspectiva, o foco das medidas de proteção é voltado a patologias específicas e impostas a grupos-alvo, chamados de grupo de riscos (GURGEL, 2011).

A educação em saúde é uma importante estratégia, sendo evidenciada nas falas dos profissionais, que exemplificam suas ações como palestras educativas e orientações dadas durante as visitas domiciliares, com foco em mudança de comportamento e cuidado com a saúde.

O modelo de educação em saúde presente nas falas se aproxima da descrição de ALVES (2004) como aquela que toma os usuários como desprovidos de informação e que através de informações verticalizadas prescrevem comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. Assim, parece haver nos serviços de saúde, uma prática marcada por normatizações e racionalidades no controle dos corpos, que não promovem a autonomia do sujeito (SILVA, 2009).

Para ser coerente com os preceitos da promoção da saúde a educação em saúde necessita ser entendida com prática social, centrada na problematização do dia-dia, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na compreensão das diferentes realidades (ALVES; AERTS, 2011). Avançando neste sentido, as falas abaixo indicam este fator, citando a educação, lazer e cultura como importantes para a promoção da saúde, entretanto, certo sentimento de impotência frente aos aspectos sociais:



XII SEMANA CIENTÍFICA UNILASALLE – SEFIC 2016  
Canoas, RS – 17 a 21 de outubro de 2016

COMUNICAÇÃO ORAL

ISSN 1983-6783

*Viver melhor é viver bem, é ter uma qualidade de vida boa, ter amigos. Infelizmente a minha comunidade atendida não tem por falta de estrutura, não tem uma pracinha, não tem onde as pessoas possam fazer um exercício, não tem nada. Por causa que é invasão (ACS 4).*

*Pergunto para as pessoas, se elas estudam, se faz algum curso ou não [...] sempre tento levar algo novo [...] um palestra um cursinho, pra ela participar [...] se informando mais vai adquirir mais conhecimento (ACS 5).*

Esses achados são importantes, pois avançam em relação às ações consideradas de promoção da saúde, se aproximando de um conceito ampliado, que inclui aspectos psicossocioculturais e extrapola o campo da prevenção das doenças. Outro fator importante são as ações de promoção da saúde vinculadas ao apoio matricial do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e a intersetorialidade. Essas falas são demonstradas abaixo pelas entrevistadas:

*Na minha micro área, mãe de 4 filhos e não tem banheiro dentro de casa [...] não tem cartão de saúde, orientei a procurar o CRAS, fiz o comprovante de residência pelo ACS, pra ela consultar na UBS, tentar o bolsa família [...] esgoto a céu aberto, criança sem consultar, vou passar o caso pro NASF, com a assistente social [...] se não vejo resultado nas minhas visitas falo pra enfermeira [...] (ACS 10).*

*[...] na escola, faz os testes de acuidade visual [...] vai dois ACS e a enfermeira, na escola [...] tem crianças de um ano pro outro estão de óculos (ACS 10).*

*[...] a nossa equipe [...] é ligado ao PIM (Programa Primeira Infância ) Lá fazem atendimento com as crianças e tem o vínculo com a Unilasalle (ACS 5).*

*[...] a gente faz também uma parceria com os religiosos [...] muitos no caso da igreja evangélica, já estão se prevenindo [...] contra as DSTs (ACS 4).*

Quanto às ações intersetoriais, deve ser um processo de construção integrada de saberes, linguagens e práticas entre diferentes instituições e sujeitos, objetivando atuar sobre situações sociais desfavoráveis à saúde. O ACS atua como articulador na qual participa nas ações envolvendo projetos e trabalhos em rede. Portanto, deve-se pautar o trabalho em equipe e a implementação de processos integrados e sistemáticos de planejamento e avaliação (FREITAS; MANDÚ, 2010).

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

A principal metodologia do NASF é o matriciamento, que pode acontecer de duas formas: a primeira se dá a partir da oferta de assistência especializada ao usuário nas situações de maior complexidade, e a segunda se dá pela oferta de suporte técnico pedagógico. (CAMPOS, DOMITTI, 2007; BRASIL, 2009).

## 5. Considerações Finais

A reflexão sobre as categorias encontradas aponta para alguns avanços em relação à promoção da saúde, porém mostra que persistem limitações a ser enfrentadas quanto sua efetivação na prática dos profissionais envolvidos.

As formulações e práticas sobre promoção da saúde parecem estar ligadas ao seu conceito mais restrito, reconhecida como prevenção de doenças pela maioria dos profissionais. Isso evidencia a necessidade de se rever a lógica de formação profissional em saúde, para que essa propicie maior articulação entre educação e saúde e serviços de saúde, teoria e prática,



XII SEMANA CIENTÍFICA UNILASALLE – SEFIC 2016  
Canoas, RS – 17 a 21 de outubro de 2016

COMUNICAÇÃO ORAL

ISSN 1983-6783

visando mudar tais concepções, atendendo assim as atribuições destinadas ao trabalho do agente comunitário de saúde.

Em relação à rotina de trabalho, os ACS atuam de maneira destinada aos grupos de risco, dando mais ênfase à orientação sobre prevenção de doenças e adotando como segundo plano as ações de promoção da saúde. Considera-se necessário identificar os motivos pelos quais os ACS priorizam estas ações e construir um plano de ação que possa destinar as ações de promoção da saúde à população atendida de forma clara. É preciso discutir as políticas públicas que propiciem os serviços mais indicados para os usuários do território com intuito de informar e incentivar a mudança do estilo de vida para hábitos mais saudáveis permitindo garantir uma melhor qualidade de vida. O alcance desta mudança estabelece também as ações intersetoriais e inovadoras, que priorizem a promoção da saúde e consolidem ferramentas fundamentais para sua efetivação como: trabalho interdisciplinar, apoio matricial, escuta qualificada, intersetorialidade, entre outras. Portanto, a complexidade do trabalho em saúde desafia a missão que o trabalhador tem de “cuidar”, “mudar”, “transformar”, muitas vezes sem o apoio necessário e sem as mudanças estruturais para tal.

## 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.

ALVES GG; AERTS D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; (1):319-325.

ALVES VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface* 2004; (16): 39-52.

BACHILLI RG, SCAVASSA AJ, SPIRI WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Cienc Saúde Col*. 2008; Jan/ Fev; 13(1):51-60.

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

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

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. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

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.





XII SEMANA CIENTÍFICA UNILASALLE – SEFIC 2016  
Canoas, RS – 17 a 21 de outubro de 2016

COMUNICAÇÃO ORAL

ISSN 1983-6783

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. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008 [Acesso em 20 jun. 2016]. Disponível em: <[http://200.137.177.147/sistemas\\_de\\_informacao/doc\\_tec\\_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf](http://200.137.177.147/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf)>.

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

BUSS PM. Uma reflexão ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

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

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.

FONTANELLA B.J.B, RICAS J., TURATO E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1): 17-27.

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>.

FREITAS MLA; MANDÚ ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. Acta Paul Enferm.2010;(23): 200-205.

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.

GURGEL MGI. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: Concepções e práticas da enfermeira. Esc Anna Nery. 2011; (3):610-615.

HORTA NC et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. Revista Brasileira Enfermagem. 2009;(62): 524-529.

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

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.



XII SEMANA CIENTÍFICA UNILASALLE – SEFIC 2016  
Canoas, RS – 17 a 21 de outubro de 2016

COMUNICAÇÃO ORAL

ISSN 1983-6783

NUNES MO, TRAD LB, ALMEIDA BA, HOMEM CR, MELO MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Publ. 2002 Nov/Dez.;18(6):1639-46.

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.

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

RODRIGUES CC; RIBEIRO KSQS. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. Educ. Saúde. 2012; (10): 235-255.

ROUQUAYROL MZ, GOLDBAUM M. Epidemiologia, história natural da doença. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

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.

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.

SILVA KL. Promoção da saúde em espaços sociais da vida Cotidiana. [Dissertação]. Belo Horizonte, Escola de Enfermagem da UFMG; 2009.

SILVEIRA MR, SENA RR. Diversidade de práticas e saberes: o caso do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família de Nova Contagem, Minas Gerais. REME Rev Min Enferm. 2005;9(1):59-64.

TOMAZ JBC. O agente de saúde não deve ser um "super-herói". Interface Comunic Saúde Educ. 2002;6(10):84-7.

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.