



Artigos Originais

Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre Saúde da Família, saúde, promoção da saúde e seu papel social

Perception of the community health worker about Health Family, health, health promotion and their social role

Loeste de Arruda Barbosa¹

Ticiano Magalhães Dantas²

¹ Doutorando em farmacologia, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE - Brasil

² Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, Araripe, CE - Brasil

RESUMO - O agente comunitário de saúde aproxima o saber técnico-científico da equipe de saúde para população de acordo com seus costumes, relações locais, suas percepções de mundo e de conceitos que envolvem a área da saúde. Esse estudo trouxe como objetivo: conhecer as percepções dos agentes comunitários de saúde sobre a Saúde da Família, saúde, promoção da saúde e seu trabalho. Estudo descritivo de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados de fevereiro a abril de 2010 através de entrevistas semi-estruturadas em momentos reservados entre o sujeitos e os pesquisadores. Os sujeitos foram 17 agentes comunitários de saúde das três principais cidades da Região Metropolitana do Cariri, Ceará. Todos maiores de 18 anos, com mais de um ano de profissão e consentiram a entrevista por escrito. Os dados foram organizados e categorizados com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os agentes comunitários de saúde têm a percepção da Saúde da Família como o primeiro nível de contato da população com o Sistema Único de Saúde focalizada em prevenção e promoção da saúde, com ênfase na estrutura familiar, contribuindo para a diminuição de demanda nos setores de maior complexidade. Os sujeitos entendem saúde principalmente como bem-estar físico e psicológico. Relacionam fortemente a promoção da saúde com atividades educativas principalmente para prevenir doenças e entendem que trabalham como um elo nesse processo para melhorar as condições de saúde da comunidade com atividades focalizadas principalmente na educação em saúde. Nesse sentido, os sujeitos têm uma percepção da Saúde da Família e de saúde que, de modo geral, condiz com a realidade e com o que propõe a Saúde da Família embora não tenham um largo entendimento sobre promoção da saúde, relacionando-a essencialmente a um conjunto de atividades que visam o alcance de um maior nível qualidade de vida para população, principalmente com ações de educação em saúde.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Saúde da Família; Saúde; Promoção da Saúde; Percepção.

ABSTRACT - The community health worker so he brings the technical and scientific knowledge from the team of health to the population according to their customs, local relationships, perceptions of world and about concepts in the health area. The objective of this study was: to know the perceptions of the community health workers about Family Health, health, health promotion and their work. It was a qualitative and descriptive study. The materials were collected between February and April of 2010 through semi-structured interviews in private moments between the subject and researcher. The subjects were 17 community health workers of the three major cities in the metropolitan area of Cariri, state of Ceará. All of them were higher than 18 years old, with more than one year in this profession. They also signed a consent form. Data were organized and categorized based on the technique of content analysis of Bardin. The community health workers have a perception of the Family Health as the first level of contact of the population with the Public Healthcare System focused on prevention and health promotion with emphasis on family structure, contributing to the decrease the demand in the sectors of higher complexity. The subjects understand health mainly as physical and psychological well-being. The perception of the subjects about health promotion is strongly related to the educational activities mainly to prevent disease and understand that working as a link in this process to improve the health of the community with activities focused mainly on health education. Thus, subjects have a perception about Family Health and health consistent with reality and its proposals however they have no a broad understanding about health promotion. They have also an understanding that their work with a set of activities aimed a achieving a higher level of quality of life for the population, mainly using health education activities.

Keywords: Community Health Workers; Family Health; Health; Health Promotion; Perception.

1. INTRODUÇÃO

A primeira experiência de agentes comunitários de saúde (ACS) como uma estratégia estruturada e abrangente de saúde pública no Brasil, ocorreu no Ceará em 1987, com o objetivo duplo de empregar mulheres das regiões afetadas pela seca e diminuir a mortalidade infantil. Essa estratégia expandiu-se rapidamente no Estado e adotada pelo Ministério da

Autor correspondente

Loeste de Arruda Barbosa

Universidade Paulista.

Av. da Universidade, 2853 - Benfica,

Fortaleza - CE, 60020-181, Brasil

Email: loeste.arruda@gmail.com

Artigo encaminhado 14/08/2012

Aceito para publicação em 13/11/2012

Saúde em 1991 para o restante do Brasil como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 1994 surge, também no Ceará, o Programa de Saúde da Família, (PSF), sendo então, o PACS, incorporado pelo PSF¹, hoje com denominação de estratégia de Saúde da Família (SF).

Passa então a existir na história de saúde do Brasil um novo personagem, o ACS, que curiosamente faz parte da comunidade, trabalha para ela e com ela, o que faz-se supor que é quem conhece as formas cotidianas de viver e de se comportar das famílias locais². Personagem esse já consolidado no Brasil que conta com mais de 204 mil profissionais atuando tanto em comunidades rurais e periferias urbanas, quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados³.

Ao representar a comunidade, o ACS aproxima o saber técnico-científico das equipes de saúde da família (ESF) ao saber popular presente nos diversos grupos sociais⁴, com suas atividades focalizadas principalmente na promoção da saúde e prevenção de agravos fundamentadas no amplo conceito de saúde proposto desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O relatório dessa conferência apresentou a saúde como resultante das condições de alimentação, educação, vida, entorno, habitação, renda, trabalho, transporte, emprego, liberdade, acesso e posse a terra e a serviços de saúde. Acrescenta ainda que a saúde não é um conceito abstrato, mas sim se define no conceito histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Além disso, a saúde é colocada como um direito de todos e dever do Estado⁵.

Evidencia-se então uma ampliação em relação ao conceito adotado em 1946 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença⁶. Já a Promoção da Saúde emergiu como marco norteador da Saúde Pública a partir dos anos 70 e, desde então, vem evoluindo e consolidando-se como modelo das ações em saúde⁷. Assim, a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo⁸.

A promoção da saúde está associada a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, dentre

outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais⁹. Estratégias essas, em que os ACS estão profundamente envolvidos.

Nesse sentido, o desenvolvimento das atividades dos ACS e eficiência dos resultados obtidos e esperados são profundamente influenciados pela percepção que os mesmos fazem sobre: a SF, saúde, promoção da saúde, bem como do seu papel no serviço de saúde. Desse modo, suas experiências e a captação de informações circulantes sobre tais questões definem construções mentais que são partilhadas, influenciando a realidade e as suas tomadas de decisões.

Traz-se nesse artigo, a percepção sendo considerada como um dos principais comportamentos precursores através do qual se constrói a realidade, podendo-se construir o conhecimento do que se passa consigo e com os outros mesmo sem haver a troca de informação diretamente entre eles¹⁰.

Após transcorridas mais de duas décadas das primeiras experiências com os ACS, entende-se como oportuno e relevante o estudo e discussão dessa temática, no cenário do surgimento dos ACS e SF, pela contribuição ímpar que tem esse profissional no desenvolvimento das atividades da SF em todo o Brasil.

Com base nas reflexões ora apresentadas, desenvolveu-se o presente estudo que traz como eixo investigativo: Conhecer as percepções dos ACS sobre a SF, saúde, promoção da saúde e seu trabalho na comunidade.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa que teve como universo da pesquisa, ACS que fazem parte de SF situadas na conurbação Crajubar, composta pelas cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, na Região Metropolitana do Cariri, ao sul do estado do Ceará¹¹. A conurbação conhecida como triângulo Crajubar é considerada uma praça comercial de expressiva importância, bem como centro hospitalar, universitário, industrial e religioso¹².

Dados de 2009, última atualização, mostram que a conurbação Crajubar contava com um total de 440.055 pessoas cobertas pelo PACS e SF. Crato tinha população de 116.758 pessoas e 106.376 cobertas

pelo PACS e SF o que representa 91,1% da população. A cidade de Barbalha contava com 4.978 e 56.135 pessoas cobertas pelo PACS e SF respectivamente e Juazeiro do Norte com 28.214 e 244.352 pessoas cobertas pelo PACS e SF respectivamente. Os sites oficiais das prefeituras dessas cidades, no momento do acesso pelos autores, deixaram muito a desejar no que se refere a informações sobre a Atenção Primária (AP)¹³.

Participaram do estudo, 17 ACS escolhidos de modo aleatório de diferentes unidades básicas de saúde da família, 7 trabalhavam em Juazeiro do Norte, 6 em Crato e 4 em Barbalha. Determinou-se o número de participantes pelo critério de saturação de dados. Na pesquisa qualitativa a amostra pode ser constituída randomicamente ou não, considerar-se a saturação dos dados, quando houver repetição dos mesmos em mais de 50% dos casos ou outro critério pré-estabelecido¹⁴.

As unidades básicas de saúde da família, nas quais se encontraram os sujeitos, foram selecionadas por meio de sorteio e sob os seguintes critérios de inclusão: consentimento do enfermeiro(a) responsável pela unidade e funcionamento há mais de um ano. Ficando excluídas as que não contemplaram esses critérios, procedendo-se então, um novo sorteio. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: possuir idade superior a 18 anos e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A etapa de coleta de dados se deu no período de fevereiro a abril de 2010 com a aplicação de uma entrevista semi-estruturada, elaborada e gravada pelos autores. A entrevista é uma forma de interação social¹⁴ e seu roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas¹⁵.

A entrevista foi composta por duas partes, uma versava sobre a caracterização dos sujeitos e a outra continha questões norteadoras que se referiam: a percepção que os sujeitos tinham sobre a SF; seu entendimento sobre saúde e promoção da saúde; de que maneira o trabalho dos ACS contribuíam para a melhora das condições de saúde da comunidade e fortalecimento da SF.

Todas as entrevistas aconteceram em momentos particulares, entre pesquisador e entrevistado, no final de um dos expedientes de trabalho dos sujeitos em uma sala reservada da unidade de saúde da família. Um dos sujeitos preferiu ser entrevistado em sua residência ao final da jornada de trabalho.

O tempo médio das entrevistas foi de aproximadamente 15 minutos e no intuito de

preservar as identidades dos sujeitos, suas falas ficaram representadas numericamente de 1 a 17 e acompanhadas da letra 'E' que representa a entrevista em questão.

A análise e sistematização dos dados ocorreram utilizando-se a técnica de análise de conteúdo categorial, que se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades temáticas, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias e, se necessárias, subcategorias¹⁶. Este estudo obteve parecer favorável do comitê de ética da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte sob o processo Nº 2009_182 FR 220913.

3. RESULTADOS

Dos 17 sujeitos da pesquisa apenas um era do sexo masculino, suas idades variaram de 23 a 53 anos. Quanto ao estado civil, a maioria era solteira, seguida por casados e divorciados. No que se refere à escolaridade, 11 ACS tinham o ensino médio completo e os demais possuíam o ensino superior ou o estavam cursando. No que concerne ao tempo de trabalho como ACS a mais experiente tinha 20 anos de atuação e a menos experiente possuía 1 ano, com média aproximada de 4 anos e meio.

A partir dos relatos dos sujeitos três categorias surgiram as quais agrupam ideias similares sobre os temas abordados: 1) Percepção sobre a estratégia de Saúde da Família e seus serviços, 2) Compreensão sobre saúde e promoção da saúde, 3) Papel do agente comunitário de saúde na estratégia de Saúde da Família.

3.1 Categoria 1: Percepção sobre a estratégia de Saúde da Família e seus serviços.

Esta categoria é composta por ideias nas quais os sujeitos exprimem seus juízos em relação à SF quando foram indagados sobre o que é SF, a que ela se propõe e o que acham dos serviços ofertados.

Para os sujeitos a SF é tida como o primeiro nível de assistência à saúde, em que os serviços vão muito além de consultas médicas com foco curativista, mas sim um serviço de saúde com foco na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Destacam que a SF é resolutiva para a maioria dos problemas mais simples da população e traz grande contribuição ao sistema público de saúde, por diminuir significativamente a demanda de atendimento hospitalar.

É o primeiro atendimento, o PSF orienta melhor as pessoas, eles fazem uma consulta completa (E1,E2,E11,E12, E17).

PSF é um trabalho de vários profissionais, uma equipe que forma um todo, com o mesmo objetivo: a promoção, mas ele trabalha tudo, informando as pessoas, com as creches e outros setores. Se for bem feito aqui, a demanda em hospital seria muito pequena (E4 E5 E7 E17).

Tem o foco pra os casos mais simples, todo mundo que vai ao PSF é consultado e que descarrega os hospitais (E8 E9 E12 E14 E16).

Relacionam também a SF como um ponto de apoio para a população, destacando a inserção dos profissionais da SF no contexto comunitário, estratégias intersetoriais e empoderamento da população.

PSF é um ponto de apoio pra toda a comunidade (E13 E14).

No PSF as pessoas não vão só pra tratar a doença em si, mas também pra reunir a comunidade, pra gente conversar, receber palestras e também para prevenção (E9).

O diferencial é que o profissional vai atuar na comunidade (E3, E6, E11).

Entretanto, foi levantada uma crítica por um sujeito que a SF, em sua opinião, ainda trabalha mais com uma abordagem curativista. Um outro sujeito relacionou a SF como uma assistência de maior importância para os mais desfavorecidos financeiramente.

Infelizmente o PSF hoje ainda é mais cura, mas eu acredito que é pra ser mais a promoção (E10).

Para as pessoas pobres é muito importante (E11).

Notou-se também, interessante, que mesmo usando a nomenclatura 'estratégia de Saúde da Família' durante as entrevistas, todos os discursos da maioria sujeitos ainda relacionaram o antigo termo 'PSF' ou simplesmente 'posto de saúde' como pode ser evidenciado pelas falas na presente categoria, como também nas demais.

3.2 Categoria 2: Compreensão sobre saúde e promoção da saúde.

Explicita-se nessa categoria, que os sujeitos entendem a saúde como principalmente uma interação entre o bem estar físico e psicológico dos indivíduos, fazendo referência também a essa percepção, outros fatores que permitem uma boa qualidade de vida. Entretanto um ACS relaciona a saúde apenas como produto da atuação dos órgãos de saúde pública.

É o bem estar físico, psíquico, sexual, emocional, social, bem estar de moradia, boas condições sanitárias e o ambiente (E10).

A saúde é proporcionada as pessoas através dos órgãos de saúde pública (E6).

Quanto à promoção da saúde há forte relação principalmente com educação em saúde para a prevenção de doenças, mas também houve associação de ações desenvolvidas como: imunização, encaminhamentos, identificação de problemas etc. Entretanto, uma ACS relaciona a promoção da saúde como estratégias mais abrangentes do que o trabalho desenvolvido por ela, contudo, sem saber definir que estratégias mais abrangentes seriam essas.

Promoção da saúde é informar bem as pessoas eu faço é isso: promover a saúde, educando, orientando (E1 E5 E7).

Educar as pessoas (E2 E3).

Ensinar, educar, isso é promoção da saúde (E12 E14 E17).

Promoção da saúde é trabalhar no sentido que pessoa não adoeca (E4 E8).

Promoção da saúde são estratégias mais abrangentes do que a gente mesmo desenvolve como agentes de saúde (E11).

3.3 Categoria 3: Papel do agente comunitário de saúde na estratégia de Saúde da Família

Essa categoria é composta pelas declarações captadas que concernem às responsabilidades dos ACS na SF na visão dos mesmos. De maneira geral, os relatos apontam que os sujeitos compreendem que seu papel é trabalhar para a melhoria das condições de saúde e vida da comunidade adscrita, principalmente no que diz respeito à mudança de hábitos para o alcance de um maior nível de qualidade de vida, sendo a principal ferramenta de trabalho, a educação em saúde. Destacam também o papel de intermediador entre o serviço de saúde e a comunidade.

Trazer a mudança de habito, isso é tão importante pra a gente, quando a gente

percebe que alguém mudou por uma orientação sua (E11).

É conscientizar as pessoas orientando, trazendo a mudança de hábito (E1).

É um trabalho de fiscalização, dessa forma a gente vai melhorando a qualidade de vida das pessoas (E13).

Cadastrar as famílias da comunidade e traz pra cá (unidade de saúde). investiga qual a carência e assim a gente encaminha (E12).

Tudo que passam pra mim eu passo pra comunidade (E16).

A partir do nosso trabalho é que a secretaria de saúde fica sabendo da situação da comunidade, a gente identifica, encaminha, orienta e acompanha (E5).

Meu papel é passar pra eles os direitos, pra que eles fiquem informados e corram atrás (E17).

4. DISCUSSÃO

Os ACS compreendem a SF e os serviços por ela oferecidos como o primeiro contato da população com a assistência em saúde, atuando como entrada do serviço de saúde, tendo como diferencial uma abordagem singular, fundamentada na orientação e prevenção. Compreensão essa, que converge com a real proposta da SF como o primeiro nível de ações e serviços do sistema local e integrado de saúde que prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua¹⁷.

A principal estratégia de implementação e organização da AP é a SF¹⁸ que visa substituir o fragmentado modelo biomédico hierarquizado tradicional¹⁷, pois já se sabe que os sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo, embora, ainda sejam os predominantes¹⁹ assim, a SF é uma das estratégias que permitem superar o sistema fragmentado vigente através da implantação de redes de atenção à saúde.

As redes de atenção à saúde são compostas por conjuntos de serviços de saúde (níveis primário, secundário e terciário) de organização poliárquica vinculados por ações interdependentes e cooperativas sob objetivos comuns e missão única para a prestação de uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela AP/SF¹⁹.

Os sujeitos também exprimem ideias que relacionam a SF a um importante ponto de apoio para as famílias da comunidade, com relações mútuas em que a comunidade se direciona ao serviço de saúde, mas também o serviço de saúde se direciona a comunidade, de modo intersetorial. Ressaltando também à diminuição de demanda nos setores de maior complexidade em decorrência dos serviços prestados pela SF, quando realizados de forma eficiente.

A SF realmente propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a relação com a comunidade e entre os diversos níveis de assistência²⁰. Tem capacidade de evitar sobrecarga em setores de maior complexidade, pois pode solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população, coordenar e orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes, atuar com acolhimento e humanização bem como responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população¹⁹.

Há evidências de que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a AP à saúde, contrastados com os sistemas de baixa orientação para a AP à saúde, são mais adequados, efetivos, equitativos e de maior qualidade por que colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e ofertam tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde¹⁹.

Portanto, a SF se fundamentou na criação de um exemplo baseado na vigilância, prevenção e promoção à saúde²⁰ cuja construção compartilhada do conhecimento é uma estratégia pela qual podemos alcançar a promoção da saúde²¹, na qual a educação em saúde se faz parcela integrante do entendimento de promoção à saúde²². Assim, com esse modelo, a SF dentre as suas propostas possui também a característica de “desafogar” os hospitais, diminuindo a demanda desnecessária aos especialistas e melhorando o acesso a todos os usuários aos procedimentos que requeiram maior complexidade²³.

Dessa forma, percebe-se uma coerente percepção dos ACS em relação ao papel da SF na AP e seus reflexos na Atenção Secundária e Terciária. Não obstante, alguns sujeitos lamentam que a SF esteja trabalhando ainda mais centrada na doença, concordando que o correto deveria ser centrado na promoção da saúde e um ACS relaciona a SF principalmente a população mais pobre.

Em estudo realizado na cidade de Crato-CE, uma das cidades foco desse estudo, ficou claro que uma

parcela expressiva dos sujeitos tinha como principais motivos de busca pela SF fatores fundamentados nas doenças, expressando uma visão predominantemente curativista característica do modelo biologicista de saúde. Logo, se está doente, há a procura pelo serviço, o que demonstrou como ainda permanecem arraigadas intrinsecamente as atenções da população voltadas às doenças e medicamentos²⁴.

Nesse sentido, percebe-se que a crítica dos ACS em relação aos serviços da SF ainda, na visão deles, serem focalizados nas doenças, tem uma estreita relação com o comportamento da população em uma das cidades desse estudo.

Dentro do modelo biologicista o lócus privilegiado é o hospital, com uma visão dominante de saúde sendo representada pela ausência de doenças. Esse foi um modelo que muito perdurou no Brasil, mas a Reforma Sanitária vem buscando a consolidação do modelo de promoção da saúde por meio da implantação de políticas públicas que visam à transformação do modelo assistencial, consciência dos profissionais de saúde e principalmente da consciência coletiva das comunidades²⁵. Porém, nem todos os lugares e profissionais de saúde conseguiram se desprender totalmente desse modelo.

Os ACS têm um entendimento sobre saúde que reflete em grande parte, o conceito de saúde adotado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, abordando uma percepção de saúde como resultado principalmente do bem estar físico e psicológico das pessoas, mas destacam também outros fatores necessários como: boas condições de moradia, renda adequada, alimentação, lazer, satisfação sexual e social. Apenas um ACS tem uma visão divergente do restante dos sujeitos em que relaciona a saúde apenas como sendo produto da atuação dos órgãos de saúde pública.

Pode-se definir saúde como um produto de diversos fatores que mantém relação com a qualidade de vida; boa alimentação, habitação, saneamento, trabalho, educação, apoio social e familiar e, estilo de vida responsável²⁶. Então, a saúde passou a ser construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões, de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção de saúde por todos os seus membros²².

Esse conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais, ambientais, individuais e sociais serviu de base para a construção da noção de promoção da saúde⁷. No que se refere ao

entendimento dos sujeitos sobre promoção de saúde, nota-se que eles a relacionam fortemente a atividades de cunho educativo que objetivam à prevenção de doenças, embora tenham mostrado ideias sobre saúde não relacionadas diretamente à ausência de doenças. Isso mostra um paradoxo entre a visão de saúde e promoção da saúde o que reflete em diferenças entre teoria e prática.

Entretanto, vale salientar que a promoção da saúde e educação em saúde estão realmente interligadas, pois o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer⁷.

O conceito de promoção da saúde vem se desenvolvendo ao longo dos últimos 20 anos, principalmente nos países como Canadá, Estados Unidos e também na Europa Ocidental, com contribuição significativa da Carta de Ottawa em 1986. Parte de uma concepção vasta do processo saúde-doença e seus determinantes, propondo uma integração de saberes técnicos e populares, juntamente com a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, que busca uma forma de resolução e enfrentamento dos problemas caracterizando a responsabilização múltipla, em relação aos problemas e soluções²⁶.

Todavia, além da compreensão de promoção da saúde como praticamente um sinônimo de educação em saúde, os sujeitos relacionam promoção da saúde com algumas atividades desenvolvidas por eles como: identificação de situações de risco ou problemas da comunidade, imunização, encaminhamento para outros serviços, dentre outras. Isso demonstra que embora a maioria compreenda a promoção da saúde como educar para prevenir doenças, já existe uma inicial e tímida mudança relativa a ideias mais abrangentes para concepção de promoção da saúde, como estratégia mais ampla em que a educação em saúde é essencial, mas que não se resume a ela.

Houve também a relação de ações desenvolvidas pelos ACS, principalmente o encaminhamento de usuários da SF a outros setores e serviços de saúde como uma definição de promoção da saúde. Entretanto, uma ACS relaciona a promoção da saúde como estratégias mais abrangentes do que o trabalho desenvolvido por ela, mas sem saber definir que estratégias seriam essas.

Para que mudanças relativas à concepção de promoção da saúde aconteçam, existe a necessidade

de criação de momentos de diálogo com toda a equipe de SF, para que haja reflexão, planejamento e avaliação quanto às ações de promoção a serem desenvolvidas por esta²⁷.

Os ACS consideram seu trabalho como uma estratégia de ligação entre os serviços da SF e a comunidade com o papel de trabalhar para a melhoria das condições de vida da população. Eles relataram diversas maneiras que podem atuar na melhoria das condições de saúde da população, fazendo uso dos verbos: conscientizar, informar, fiscalizar, cadastrar, e orientar. Com destaque para ações que envolvem a mudança de hábitos que favoreçam boas condições de saúde, sendo a utilização da educação em saúde como a principal ferramenta nesse processo, refletindo assim, as influências de sua compreensão sobre promoção da saúde.

Tais achados divergem e são mais amplos ao se comparar com um estudo realizado em Porto Alegre-RS em que se avaliaram os relatos dos ACS e da equipe de saúde onde se percebeu que estes trabalham apenas na ótica da prevenção de doenças e não da promoção da saúde. Eles realizavam atividades pontuais, que reforçavam o conceito de saúde como ausência de doenças e não na abordagem de promoção da saúde²⁸.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que os ACS do triângulo Crajubar tem uma visão bem mais próxima do que realmente é proposto pela SF para a sua atuação, embora essa visão infelizmente ainda não tenha ultrapassado o campo profissional dos ACS para se radicar na comunidade adscrita.

Ao se trabalhar na concepção do processo saúde-doença socialmente determinado e visão de promoção da saúde, torna-se possível entender todo contexto que leva o sujeito adoecer. Faz-se de extrema importância que os profissionais que desempenham a função de ACS tenham esse entendimento, para que possam desempenhar o que propõe o Ministério da Saúde, inclusive a educação em saúde²⁷.

Sabe-se que para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e empoderá-las sobre as questões que envolvem sua saúde é essencial a prática de atividades de educação em saúde, uma das ferramentas indispensáveis ao trabalho do profissional de saúde²⁹, ressaltando que essas atividades devem ter caráter permanente, pois se tratam de um processo lento e de resultados a longo prazo³⁰.

Nesse sentido, a educação em saúde é uma estratégia que obtém resultados principalmente a médio-longo prazo, utilizada como ferramenta

eficiente pela equipe de saúde e, em mais específico, pelo ACS. Ferramenta, essa, essencial para alcançar a promoção da saúde, pois o ACS conhece melhor a realidade da comunidade a qual faz parte, por ter uma relação mais próxima e mais afetiva com a mesma, atuado desse modo como um ótimo moderador e interventor nas questões de saúde.

Entretanto, alguns poucos relatos demonstram uma visão pouco ampla no que se refere ao trabalho do ACS ao compreender o 'elo' entre o serviço de saúde e a população como um processo puramente mecânico com transporte de informações entre uma instância e outra dos serviços de saúde, sem a presença de reflexão mais profunda desse papel ou dos fatores relacionados para o empoderamento (empowerment) comunitário.

Para a resolução dessa problemática, talvez se faça necessária a implementação de outra forma de supervisão e discussão do trabalho do ACS, para possibilitar o aprendizado construtivo, baseado no levantamento das necessidades de saúde da população²⁷, como também para amadurecer o papel do ACS na AP e para que ele se reconheça nesse papel.

Porquanto, frequentemente existe um conflito entre a teoria e prática laboral dos ACS, pois o que se pode perceber é que, muitas vezes, suas ações se resumem a recomendações biomédicas, através de orientações individualizadas e que geralmente reforçam a assistência médica³¹. Desse modo, se faz importante o processo de capacitação profissional para um trabalho de qualidade na SF³².

Uma sugestão para a uma melhor atuação dos ACS, seria a utilização da educação permanente por parte dos profissionais de saúde de ensino superior e políticas públicas, com vistas ao fortalecimento do conceito de saúde-doença socialmente determinado e do empowerment comunitário²⁷, sobretudo pela contribuição do trabalho do enfermeiro, que por estar mais próximo do ACS pode redirecionar o trabalho dos ACS para promover práticas sociais mais próximas da concepção de promoção da saúde.

Acredita-se que o trabalho dos ACS e o sucesso e a solidificação das ações da SF são diretamente proporcionais às percepções que os mesmos têm sobre os temas abordados nesse estudo, por conta das influências destas no trabalho daqueles, logo as conhecendo, haverá subsídios na identificação e atuação em pontos estratégicos para a eficiência e eficácia das ações da SF o que contribui para a transformação social.

Nessa perspectiva, espera-se que o presente estudo possa contribuir para construção de estratégias que visem o melhor direcionamento das políticas públicas na AP, a partir dos resultados encontrados, em especial no tocante à formação, capacitação e maior atenção ao trabalho do ACS, contribuindo dessa forma, para a melhor qualidade do serviço de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com estudo, foi possível se identificar os fatores relacionados à compreensão dos ACS sobre a SF, saúde, promoção da saúde e seu papel social por meio da análise do seu modo singular de enxergar sua realidade de acordo com suas vivências e teias de relações com o serviço de saúde.

Pode-se compreender que há uma percepção praticamente hegemônica sobre a SF e seus serviços como o primeiro nível de contato da população com o SUS, baseada na orientação, prevenção e promoção da saúde. Há também a associação da SF a um ponto de apoio para comunidade, com ênfase na estrutura familiar e atuação de modo intersectorial para gerar melhores condições de saúde para a população e como instrumento de controle de demanda nos setores de maior complexidade.

A percepção sobre promoção da saúde é fortemente relacionada a atividades de cunho educativo que visam à prevenção de doenças, embora seu entendimento sobre saúde seja similar ao entendimento corrente de saúde, baseado principalmente no bem estar geral das pessoas associado a boas condições de vida e não no antônimo de doença.

Está bem estabelecido o fato dos ACS em se enxergarem como elemento de ligação entre a SF e a comunidade para a melhoria das condições de saúde. Entretanto no que concerne à maneira pela qual eles podem contribuir para essa melhoria existe uma percepção diversificada, mas todas relacionadas a atividades laborais cotidianas. Contudo, a educação em saúde é o ponto fundamental e sempre levantado no que concerne as suas contribuições para a melhoria das condições de saúde da população.

Um avanço importante acontece em um dado sistema, quando as pessoas envolvidas nele compreendem seu funcionamento e seus objetivos, assim também se faz na SF, em que seu sucesso e melhoria das condições de saúde comunitária em muito dependem do entendimento que os ACS têm dela. Embora se saiba que tal entendimento pode ser construído e reconstruído continuamente conforme a

vivência cotidiana, necessitando de tempo e intercâmbio entre a comunidade, demais profissionais da saúde, gestores e sociedade como um todo.

Ademais, considera-se que esse estudo foi extremamente relevante e inédito no estado do Ceará, podendo servir como instrumento norteador em ações e políticas públicas, bem como para redirecionar as práticas dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, no intuito de aperfeiçoar o trabalho do ACS.

Dessa forma, podem-se melhorar os serviços da SF e AP como um todo, na perspectiva de melhoria da qualidade de vida da população e transformação social. Mostra-se, então, claramente a importância da realização de estudos nessa vertente, como também investigar se tais resultados se assemelham em outras em outras cidades do País.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface - Comunic Saúde Educ* 2002; 6(10): 75-94.
2. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3): 426-33.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza (CE). Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2007.
4. Chiesa AM, Fraccolli LA. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. *Rev Bras de Saúde da Fam* 2004; 2(1): 42-9.
5. Conferência Nacional da Saúde. Portal da Saúde – SUS. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Saude%20como%20direito%20de%20todos%20e%20dever%20do%20Estado.pdf. < acesso em 20.10.2012>.
6. World Health Organization. Basic Documents. Constitution of the World Health Organization. Genebra: Basic Documents; 1946.
7. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12(2): 335-42.
8. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In: Buss, PM (org.) *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: ENSP; 1986. p.158-62.
9. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet* 2000; 5(1): 163-77.
10. Lopes CE, Abib JAD. Teoria da Percepção no Behaviorismo Radical. *Psic Teor e Pesq* 2002; 18(2): 129-37.
11. Governo Municipal de Jardim. Região Metropolitana do Cariri. Complementar nº03, de 26 de junho de 1995. 2012. <http://www.al.ce.gov.br/legislativo/ementario/lc03.htm>. <Acesso em: 17.11.2012>
12. Governo do Estado do Ceará. Portal do Governo do Estado. 2011. <http://www.ceara.gov.br/index.php/municipios-cearenses/782-municipios-com-a-letra-c/#munic-pio-crato>. <Acesso em: 23.10.2011>

13. Brasil. Ministério da saúde. Cadernos de Informações de Saúde Ceará. Datasus. 2009. <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ce.htm>. <Acesso em: 17.11.2012>
14. Leopardi MT. Metodologia da Pesquisa na Saúde. 2ª ed. Florianópolis: UFSC/ Pós Graduação em Enfermagem; 2002. p.290.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p.406.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. 70ª ed. São Paulo: LDA; 2011. p. 229.
17. Fontinele Júnior K. Programa Saúde da Família (PSF) comentado. 2ª ed. Goiania: AB; 2008.
18. Andrade LOM, Barreto ICHC, et al. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman, et al. (org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 783-836.
19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Colet 2010; 15(5): 2297-305.
20. Seoane AF, Fortes PAC. A Percepção do Usuário do Programa Saúde da Família sobre a Privacidade e a Confidencialidade de suas Informações. Saúde Soc 2009; 18(1): 42-9.
21. Rios ERG, Franchi KMB, Silva RM, et al. Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. Ciênc Saúde Colet 2007; 12(2): 501-9.
22. Brasil, Ministério da Saúde. As cartas de promoção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. <Acesso em: 17.11.2012>
23. Mello AS, Andrade MA. A família como alvo da atenção. Enferm promoç saúde 2005; 1(1): 1-2. <http://www.uff.br/promocodasaude/a%20familia.pdf>. <Acesso em: 17.11.2012>
24. Arruda-Barbosa L, Dantas TM, Oliveira CC. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. Rev Bras Promoç Saúde 2011; 24(4): 347-54.
25. Saupe R, Wendhausen ALP, Benito GAV, et al. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Texto contexto enferm 2007; 16(4): 654-61.
26. Bus P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.
27. Pinto AAM, Fraccolli LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. Rev Eletr Enf 2010; 12(4): 766-9.
28. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Cienc Saúde Colet 2005; 10(2): 347-55.
29. Barbosa LA, Sampaio ALA, Melo ALA, et al. A educação em saúde como instrumento na prevenção de parasitoses. Rev Bras Promoç Saúde 2009; 22(4): 272-8.
30. Dantas TM, Machado MFAS, Marinho MNABS, et al. Educação em saúde como ferramenta na saúde sexual do adolescente. Cad Cult Cienc 2010; 1(2): 12-22.
31. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. Saúde Soc 2009; 18(4): 744-55.
32. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação de vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(2): 358-64.