CONCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE SUA PRÁTICA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Conceptions of Community Health Agents about its practice in Family Health Program

Maria Salete Bessa Jorge[1]

Kílvia Maria Albuquerque[2]

Lucianna Leite Pequeno[3]

Marluce Maria Araújo Assis[4]

José Maria Ximenes Guimarães[5]

1. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE). Endereço p/ correspondência: Rua Dr. José Lourenço, 2835. Ap. 301. Aldeota. Fortaleza- Ceará. CEP: 60.115-282. E-mail: masabejo@uece.br; masabejo@bol.com.br

2. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública UECE.

3. Cirurgiã dentista. Mestre em Saúde Pública pela UECE.

4. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC).

5. Enfermeiro. Mestrando em Saúde Pública pela UECE. Membro do GRUPSFE.

RESUMO

O estudo analisa as concepções do Agente Comunitário de Saúde (ACS) sobre sua prática no Programa Saúde da Família (PSF), em Caucaia, Ceará, Brasil. A prática do ACS é compreendida como social que é legitimada pelo contexto político do setor saúde, em face à dinâmica cotidiana do trabalho na unidade de saúde, em busca da integralidade da atenção. A metodologia adotada foi a qualitativa, tendo como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação da prática. Os participantes do estudo foram onze ACS. A análise do material empírico foi orientada pela análise de conteúdo temática. O estudo revela que o PSF abriu as possibilidades de se constituir em "porta de entrada" do sistema, ou seja, o primeiro contato na rede de serviços e referências dos usuários para outras unidades de maior complexidade. A prática do ACS no PSF evidencia mudanças na Atenção Primária à Saúde (APS), exercendo o papel de porta-voz da comunidade, através de ações que visam à melhoria da vida das famílias sob sua responsabilidade. No entanto, um dos limites enfrentados diz respeito à ampliação de

novas demandas, necessitando de uma ação intersetorial mais efetiva. Conclui-se que o ACS centra suas ações de forma pontual, valorizando as demandas para um problema específico em unidades básicas tradicionais; e ações diferenciadas junto à família, no PSF, ultrapassando muitas vezes os limites da saúde, à medida em que a comunidade vai apontando novas demandas, anseios e problemas relativos ao cotidiano familiar, requerendo atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Auxiliares de Saúde Comunitária. Prática Profisssional. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This study analyses the concepts of Community Health Agents (ACS) about their practice in Family health Program(PSF) in Caucaia, Ceará, Brazil. The practice of ACS is understood to be social insofar as it is legitimized by the political context of the health sector, given the daily dynamics of work in health units, in search of integrality of care. Qualitative methodology was adopted, using semi-structured interviews and observation techniques to collect data. The study participants were eleven ACS of PSF. Analysis of the empirical material was oriented by analysis of thematic content. The study reveals that PSF opened the possibilities to create a “gateway” to the system, that is, the first contact in a net of services and references of users to others units of greater complexity. The practice of ACS in PSF highlights changes in Primary Health Care (APS), exercising the role of community spokesman, through the actions that seek to improve the lives of families under his responsibility. However, one of the limits faced concerns the increase in new demands, requiring more effective intersectorial action. We concluded that ACS centers its actions in a punctual way, valuing the demands for a specific problem in traditional basic units: and differentiated actions with families, at PSF, often overcoming the limits of health, insofar as the community goes brings new demands, desires and problems related to familiar routines, requiring attention to several aspects of conditions life of the population.

Key words: Family Health Program. Primary Health Care.Helath Manpower. Community Health Aides. Professional Practice. Qualitative Research.

Introdução

Entende-se a prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como uma prática social, legitimada pelo contexto político-social do setor saúde, em face ao fazer cotidiano dos

profissionais que compõem a equipe de saúde da família, na perspectiva da integralidade da atenção.

O ACS tem sido fonte inspiradora para a produção de conhecimentos na área da saúde, pois este profissional mostra-se, muitas vezes, como um elemento importante da realização de determinadas políticas de saúde, com a reorganização do sistema de saúde brasileiro, viabilizado com o processo de descentralização na década de 1990.

Em uma avaliação específica do trabalho do agente de saúde, Minayo (1990) apresenta resultados satisfatórios acerca das intervenções destes profissionais sobre a saúde das comunidades cearenses; corroborando e dando suporte para que o Ministério da Saúde (MS) ampliasse em meados da década de 90, o programa para toda a Região Nordeste e, posteriormente, para todo o país.

Destaca-se o estudo de Silva (1997, p.113) que evidencia a história deste sujeito social, desde a sua implantação no Ceará em 1987, traçando o seguinte perfil: "morador das pequenas localidades onde atua, forma um grupo constituído predominantemente por mulheres com nível de escolaridade baixo [...] pessoa simples dedicada ao trabalho [...] não se caracterizando como um instrumento de uma prática particularista e personalista".

O presente estudo buscou preencher lacunas referentes à prática do ACS no contexto atual, em uma realidade concreta, que oscila nas dimensões técnica, social e política, e por muitas vezes, não é compreendida por quem executa.

No Estado do Ceará o Programa de Agentes de Saúde (PAS) surgiu como meta do Plano de Governo do Estado e tinha como objetivo geral melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da sua própria saúde. O agente de saúde teria o papel de facilitar o autocuidado, identificando demandas que necessitavam de atendimento, principalmente a atenção às crianças para debelar a mortalidade infantil. Em 1991, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) em outros municípios do país tendo como base a experiência do Ceará com o PAS (SILVA, 1997).

O cenário da presente pesquisa foi o município de Caucaia–CE, situado na zona litorânea, com uma distância de 8 km de Fortaleza, capital do Estado. A população do município é estimada em 303.970 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA-IBGE, 2005). A gestão do sistema de saúde está sob responsabilidade do município, cujo Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1997. Atualmente conta

com 59 equipes de saúde da família (50 na zona urbana e 9 na rural), distribuídas em 41 unidades de saúde.

Portanto, ao tomar as concepções dos ACS sobre sua prática como objeto de análise, implica estabelecer relações com os modelos de atenção à saúde. Para Franco e Merhy (2006) é necessário situar esta temática na gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, para construir saúde.

Com base nestas considerações, apresenta-se o questionamento que orientou o desenvolvimento da pesquisa: como o ACS concebe a sua prática no PSF de Caucaia – CE?

Para responder ao questionamento, identifica-se o seguinte objetivo: analisar as concepções do ACS sobre sua prática no PSF.

Modelos de atenção à saúde e prática do ACS no PSF

Os modelos de saúde são construídos historicamente, como parte de um contexto social, político e econômico. Na situação brasileira, a edificação do modelo hegemônico, médico-centrado vem desde o início do século XX com o Relatório Flexner (MENDES, 1996; PAIM, 2003), que influenciou a prática e organização dos serviços de saúde ao centralizar as ações nas especialidades médicas, valorizando o individualismo e o biologicismo, por meio da concentração de recursos na tecnificação e no espaço hospitalar.

As origens da proposta de saúde da família, enquanto modelo de atenção, remontam segundo Teixeira (2003) ao surgimento e difusão do movimento de medicina familiar, estruturado em meados da década de 60, do século XX, nos Estados Unidos. Este movimento tinha como finalidade introduzir reformas no ensino médico em todo mundo com forte influência na década seguinte na América Latina, conforme analisa Paim (2003).

A trajetória dessa proposta evidencia um processo de "refuncionalização" de suas concepções e práticas, tendo em vista uma concepção direcionada à reorganização da prática médica clínica a partir da ampliação do objeto de trabalho (dos indivíduos à família), que foi paulatinamente associado aos fundamentos da medicina comunitária; porém com a incorporação de diretrizes que vão além da clínica, influenciadas pelos saberes da epidemiologia, da gestão e do planejamento em saúde.

Teixeira (2003) elabora uma síntese dos diferentes modelos que vêm sendo construídos no Sistema Único de Saúde (SUS), remontando aos primórdios do movimento da Reforma Sanitária, apontando problemas e desafios no momento atual. A autora situa 5 (cinco) modelos: em defesa da vida; ações programáticas; vigilância à saúde; promoção da saúde; e saúde da família.

Em sua interpretação, mostra que o objeto central do modelo em defesa da vida é o processo de trabalho em saúde e o seu propósito intelectual e político, para possibilitar o estabelecimento de novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários mediados pela busca de autonomia e reconstrução de subjetividades por meio do vínculo, acolhimento, responsabilização e resolubilidade. Este modelo tem como campo de intervenção o espaço micro-político das unidades de saúde e o resgate da clínica, de forma ampliada, complementado por outros saberes da antropologia, psicanálise, epidemiologia, entre outros, de acordo com a argumentação de Campos (1994).

Do ponto de vista prático, segundo Teixeira (2003), as ações programáticas propõem a delimitação dos objetos de intervenção no âmbito dos serviços como sendo “necessidades sociais de saúde” definidas em função de critérios demográficos, sócio-econômicos e culturais. Nesse sentido, promove o estabelecimento de recortes populacionais sobre os quais incidem as ações programáticas no ciclo de vida (criança, adolescente, mulher, adulto, idoso).

O modelo de vigilância à saúde é influenciado pelo conceito positivo de saúde, como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano (MENDES, 1996).

O modelo de promoção da saúde vem sendo desenvolvido em vários países do mundo, principalmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, sendo um marco importante a Conferência de Ottawa, realizada em 1986 (TEIXEIRA, 2003). No Brasil, esta proposta de modelo tem sido fortalecida dentro da idéia de cidade saudável, iniciativa fomentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e incorporada por administrações municipais. Os principais fundamentos estão relacionados a uma combinação de estratégias que envolvam a ação do Estado (políticas públicas saudáveis); da comunidade (reforço da participação dos grupos sociais); de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais); do sistema de saúde (reorientação da gestão e das práticas); e de parcerias interinstitucionais, por meio de múltiplas responsabilidades.

O modelo de Saúde da Família tem sido construído através de políticas governamentais, tendo como marco o ano de 1994, com a implantação do PSF. Orienta-se pela finalidade de reorganizar os serviços de saúde na Atenção Básica à Saúde (ABS). O foco da atenção é direcionado à família de um determinado território social. Propõe, ainda, uma mudança na organização do trabalho que deve ser construída com base no trabalho em equipe, visando práticas mais resolutivas e integrais, tomando como eixo condutor a vigilância à saúde. Esta é concebida para a recondução da lógica assistencial, da qual deve superar as intervenções voltadas para a cura individual, orientando, para tanto, o uso da epidemiologia, como eixo estruturante das ações coletivas (SANTOS, 2006; SANTOS *et al.*, 2007).

Em relação à prática no PSF, estudos evidenciam que o ACS tem assumido novas responsabilidades na composição da Equipe de Saúde da Família (ESF), incorporando certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina; o que lhes confere prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade (NUNES *et al*., 2002; RODRIGUES; ASSIS, 2005).

Nunes *et al*. (2002) afirmam ainda que, de forma direta ou velada, é o conflito de poder que se instaura quando o ACS passa a dividir, e mesmo disputar, o seu lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe, principalmente com os médicos. Isso ocorre, por exemplo, quando os ACS atuam em áreas cobertas exclusivamente pelo PACS e que, no momento de implantação do PSF, são incorporados na equipe do programa. Essa situação é especialmente reportada em casos onde os ACS se revelavam pessoas muito atuantes no bairro, muitas vezes dotadas de grande habilidade política, de grande autonomia nas suas ações relativas à resolução de problemas de saúde e de fácil trânsito na comunidade.

Nessa perspectiva, o trabalho do ACS diferencia-se da prática dos demais componentes da equipe na relação que estabelece com a comunidade. No cotidiano de sua prática, assumem atividades que extrapolam as ações determinadas nas normas do Ministério da Saúde, evidenciando flexibilização das tarefas, na tentativa de dar respostas positivas às demandas da população. Dessa forma, acabam rompendo o enrijecimento da organização do trabalho, que se dá quando a divisão de tarefas é bem definida e cada trabalhador fica responsável pelo seu campo exclusivo de atuação. Neste sentido, “mais do que estar próximo da comunidade e da equipe de saúde, o agente comunitário pode ser facilitador da criação de vínculos” (SILVA *et al*., 2004, p. 79).

Mishima e Campos (2003) acrescentam ainda que, mesmo sendo de responsabilidade de toda a equipe a articulação com indivíduos, família e comunidade, cabe aos ACS o esforço inicial de articulação e integração e, ainda, o estabelecimento de vínculos com a comunidade. Assumem, assim, um papel relevante no desencadeamento de ações que se caracterizam por uma perspectiva de atendimento integral, incorporando a preocupação em aumentar a capacidade de autonomia da comunidade e das famílias atendidas.

Diante do exposto, caberia repensar formas de articulação entre as diferentes perspectivas de modelos apontadas e as práticas que são construídas no cotidiano do PSF, em especial do ACS, para responder com qualidade às necessidades das pessoas que vivem e trabalham em diferentes territórios sociais.

Metodologia

Neste estudo, optou-se por um referencial teórico-metodológico que parte da construção crítico-reflexiva de processos delineados nos distintos modelos de atenção e práticas, no campo da saúde coletiva; bem como as características dessa configuração no encaminhamento das propostas de mudança do setor saúde, o que permite responder a questões que atravessam o fazer cotidiano nas ações e serviços que compõem a ABS (FRANCO; MERHY, 2006; MERHY, 2005).

Adotou-se a abordagem qualitativa, em que se apreende o objeto de estudo nos aspectos subjetivos, fazendo emergir o que não está aparente na realidade posta. Segundo Minayo (1996, p.21),

> a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A coleta de dados foi realizada no município de Caucaia – Ceará, no período de agosto a setembro de 2005. No entanto, o recorte temporal da análise tomou como ponto de partida o ano de 1997, período em que ocorreu a implantação do PACS, no referido município.

Os sujeitos da pesquisa foram 11 (onze) ACS que atuaram na ABS, no período de 1997 a 2005. Para definição dos sujeitos do estudo foram estabelecidos os seguintes critérios:

ACS inserido em equipe de PSF (área rural ou urbana), tempo de prática como ACS (no mínimo 2 anos e no máximo 8 anos), e se recebeu capacitação pelo nível estadual ou municipal. Ressalta-se que o número total de ACS do município de Caucaia era de 354 no momento da coleta de dados. No entanto, deste total foram entrevistados 11 (onze), que representaram o grupo, considerando que os dados começaram a se repetir, após análise exaustiva dos mesmos, evidenciando a saturação teórico-empírica, isto é, a interrupção da coleta se deu quando as entrevistas foram capazes de responder às questões levantadas no estudo. Em síntese: a amostragem considerada ideal é aquela que possibilita a abrangência da totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2004).

A entrevista obedeceu a um roteiro orientador que abordava os seguintes pontos: concepção do ACS sobre a equipe de saúde da família; características da prática do ACS; e as competências dos agentes.

Como técnica complementar de análise utilizou-se à observação da prática, sendo registrado em diário de campo, com o objetivo de descrever de forma precisa os fatos observados na realidade empírica, procurando, assim, acompanhar a prática do ACS. Foram observados aspectos relacionados às ações que o ACS realiza, como: tipo de atividade, acompanhando passo a passo à realização da atividade; e também foram observados aspectos referentes à relação do ACS com as famílias.

Para a análise do material empírico buscou-se uma aproximação com a análise de conteúdo proposta por Minayo (2004), com ênfase em eixos temáticos, por possibilitar a descrição e a explicação de um pensamento, o qual pode ser compreendido por meio da linguagem e da observação, como núcleos e instrumentos de comunicação entre os homens. Este método permite apreender a realidade através do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento.

A partir da análise das falas dos entrevistados e da observação, procurou-se desvendar o conteúdo manifesto e o latente (implícito nas falas e na prática), com o intuito de compreender o objeto de estudo em uma dimensão dinâmica e reflexiva, acerca da prática cotidiana vivenciada pelo ACS na equipe de saúde da família e suas relações com a comunidade.

Foram consideradas as diretrizes para pesquisa com seres humanos para proteção dos direitos dos sujeitos da pesquisa, conforme os aspectos éticos determinados por Goldim (2000) e pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998). Os sujeitos da pesquisa,

após serem esclarecidos sobre a preservação de suas identidades, aceitaram participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise e discussão dos resultados

Nesta parte do trabalho, sistematizamos a síntese dos principais resultados, organizados em três eixos temáticos: concepções do ACS sobre o PSF; prática dos ACS no PSF; e ampliação das ações dos ACS.

Concepções do ACS sobre o Programa Saúde da Família

Apreende-se das falas dos entrevistados que a concepção sobre PSF é compreendida a partir do paralelo entre a saúde/serviços de saúde. O PSF se conforma como uma nova forma de fazer saúde com base no enfoque preventivo, reconhecendo que as suas ações contribuem para o processo de inversão do modelo médico-centrado (MERHY, 2005). Nesse sentido, seria a mudança do lócus de intervenção centrado no hospital, para um novo modelo que valorize as ações de prevenção das enfermidades, enquanto estratégia focalizada na saúde da família, retratado nos seguintes discursos:

[...] o programa saúde da família pra mim é prevenção, a gente está sempre trabalhando em cima das prevenções, antes que aconteça a gente tenta evitar (Ent. 02);

[...] eu entendo que foi uma implantação [...] *tentou modificar assim o problema da saúde porque a prevenção, porque muito antigamente investiam nos hospitais (Ent. 07).*

O PSF compreendido como uma estratégia que visa à transformação do modelo assistencial de saúde tem como finalidade a reorganização da prática em novas bases e critérios, buscando substituir o modelo centrado na cura das doenças e no hospital.

Portanto, o PSF vem se constituindo em espaço privilegiado de mudança que articula conhecimentos e técnicas das áreas de Clínica, Epidemiologia, Planejamento e Ciências Sociais, orientado por ações integradas e multiprofissionais. Ou seja, o PSF teria que fazer parte de uma rede integrada de serviços, por meio da definição de “porta de entrada” (GIOVANELLA, 2003), enquanto espaço estratégico de articulação de cuidados promocionais, preventivos e curativos no primeiro nível de atenção entre as redes de cuidados primários, especializados e reabilitadores. Nessa perspectiva, as práticas envolvem diferentes núcleos de saberes e competências, com

equipes multiprofissionais que estabeleçam intercessão entre as diversas especialidades, capazes de produzir saberes e práticas sofisticadas sobre a saúde pública, bem como intervir em situações mais complexas (CAMPOS, 2000).

Os estudos realizados por Nunes *et al.* (2002); Ferraz et al (2005); Rodrigues (2005); Frazão e Marques (2006) coadunam com os achados da presente pesquisa, ao considerarem o ACS como um sujeito que possibilita a comunicação entre os usuários e os trabalhadores de saúde, articulando escuta e fala, sendo um facilitador na criação do vínculo interpessoal entre os membros da equipe e famílias. "Ao ocupar estes espaços estabelecem relações, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos, costumes e reproduzem concepções e cura" (CEARÁ, 1995, p.12). As famílias passam a ser compreendidas nos espaços sociais que vivem, ou seja, em seus domicílios e comunidades. Além disso, as ações abrangem diversos níveis de complexidade, envolvendo também a vigilância sanitária e epidemiológica.

A experiência do PSF em Caucaia aponta, também, dados similares em relação ao modelo de vigilância à saúde, encontrado em pesquisa realizada na Bahia por Silva *et al*. (2005) e Rodrigues (2005), considerando que existe uma preocupação com práticas integrais, situando o usuário como sujeito do seu processo saúde-doença, dirigido para ações individuais e familiares. Porém, ainda carece de um aprofundamento em práticas voltadas para ações promocionais que valorizem o trabalho em equipe e descentralizem o saber e a prática médica.

Os depoimentos dos entrevistados evidenciam o PSF como instrumento que possibilita a organização dos serviços de saúde, abrindo possibilidades de se constituir como a "porta de entrada" do sistema, ou seja, o primeiro contato na rede de serviços e referências dos usuários para outras unidades de maior complexidade. Como demonstra a seguinte fala: *[...] o usuário tinha que ir pra outra área ou até ir para Caucaia, hoje em dia a gente já encaminha os problemas que não podemos resolver... aqui no PSF é o começo de tudo [...]* (Ent. 2).

Situar o PSF como "porta de entrada" implica integrá-lo em uma rede com níveis crescentes de complexidade, com acesso facilitado à população adscrita por meio de ações humanizadas e acolhedoras junto aos usuários e um grau relativo de resolubilidade na cadeia do sistema (ASSIS *et al.*, 2003). Dito de outra maneira, o PSF teria que ser o filtro e ponto de entrada do SUS, cumprindo a responsabilidade de garantir saúde e atenção integral a população de um determinado território social.

Prática dos ACS no PSF

A prática do ACS no PSF orienta-se, conforme os discursos dos entrevistados, pela proposta de organização da atenção à saúde, articulada aos eixos orientadores do modelo de vigilância à saúde. Para tal, incorpora os determinantes sociais do processo saúde/doença no desenvolvimento de práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde de grupos sociais das áreas adscritas, com o objetivo de contribuir com o processo de construção desse novo modelo de atenção, conforme afirmado por Silva e Dalmaso (2002). As falas mostram que: "*[...] qualquer problema que a gente tem na área para resolver a gente se comunica com a equipe. [...] eu acho que é assim mesmo, o agente já trabalha com prevenção, não é curativo, o PSF é assim para cuidar, evitar as doenças, orientar as famílias*" (Ent. 03).

A partir das observações realizadas, evidenciou-se que a prática específica do ACS também é direcionada a grupos (diabéticos, hipertensos, gestantes, entre outros), o que de certa forma se contrapõe à vigilância à saúde, considerando que o modelo adotado é pautado na ação programática de forma verticalizada, obedecendo às diretrizes das políticas centrais. No entanto, as evidências percebidas no momento da observação também foram identificadas em outros estudos, como os de Nunes *et al.* (2002); Ferraz *et al.* (2005) e Rodrigues (2005), que mesmo recortando objetos diferenciados apontam para o privilegiamento das ações programáticas.

Há, portanto, uma dicotomia entre o que se pensa e o que se faz, visto que eles emitem a percepção de que o objeto de atenção no PSF é a família como um todo, numa área territorial definida, com práticas voltadas para a promoção e prevenção, dando ênfase às ações educativas.

Os ACS do PSF de Caucaia vêm trabalhando para construir uma relação de proximidade com a comunidade, na tentativa de melhorar o acesso dos usuários a unidade de saúde, criando vínculos com as famílias das áreas de abrangência das unidades de saúde; desse modo, como diz um entrevistado: "*tem que trabalhar em conjunto para ajudar as famílias que moram na comunidade [...] trazer para família uma proximidade maior com a unidade de saúde*" (Ent. 04*)*.

Percebe-se que as práticas desenvolvidas pelo ACS junto à equipe, baseiam-se em um elenco de atividades articuladas aos pressupostos orientadores de um sistema de saúde promocional e resolutivo. Dito de outra maneira, a prática está em processo permanente de construção. Para sua concretização efetiva é fundamental um trabalho coletivo, onde a

comunidade seja participante ativa deste processo, tendo como alvo a ruptura total com o modelo tradicional, médico centrado (MERHY *et al.*, 2003; MERHY, 2005).

Eis o discurso: *o meu cotidiano é visita, eu trabalho com a promoção da saúde, minha obrigação é fazer com aquelas famílias não adoeçam* (Ent. 04).

Nesse sentido, o PSF é bastante complexo, porque requer da equipe a apropriação de conhecimentos em diversas áreas do saber, além da mudança das práticas de saúde e da questão da articulação dos diversos segmentos sociais e institucionais; e seu fortalecimento é engendrado por meio da participação social, possibilitando a garantia do acesso dos usuários a uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada.

A prática do ACS no PSF do município em foco vem se constituindo realmente como um instrumento de mudanças na APS, exercendo o papel de porta-voz da comunidade, ajudando a dar respostas às necessidades da população, desenvolvendo ações que visam à melhoria da vida das famílias sob sua responsabilidade.

No entanto, o ACS se depara com limites relacionados à resolubilidade de muitos problemas de saúde que chegam até à equipe de saúde. Pelas informações empíricas foi possível perceber problemas de hierarquização na rede de serviços de saúde, dificultando a garantia do acesso da população aos diversos níveis de complexidade do sistema, que foge do nível de governabilidade do agente comunitário.

É importante assinalar que o PSF de Caucaia tem contribuído com o processo de reorganização da atenção nas áreas que está implantado, ampliando o acesso aos serviços de saúde e, como desdobramento, a melhoria da qualidade de vida dos seus usuários.

Também é apontado como função do ACS: *[...] verificar e observar algum problema que possa estar ocorrendo [...] se eu puder resolver, eu resolvo ali, naquele momento, e se eu não puder procuro ajuda da equipe* (Ent. 4).

Identifica-se no discurso acima a dimensão técnica do trabalho, bem como a construção do trabalho em equipe, numa perspectiva interdisciplinar. O esforço de repensar o processo de trabalho em equipe no campo da saúde tem sido uma preocupação teórica e prática de autores como Almeida e Mishima (2001) e Peduzzi (2001), tendo o lócus do PSF como um espaço privilegiado de discussão, abrindo as possibilidades de um trabalho de interação social entre os trabalhadores, com maior flexibilidade dos diferentes poderes, horizontalizando relações

e integrando os diferentes sujeitos, ainda que se reconheçam os conflitos e contradições inerentes ao processo de construção coletiva.

Neste contexto, o fazer dos ACS no PSF do município vem se conformando em práticas de dimensão social e dimensão técnica, pautadas em três enfoques: o assistencial, o educativo e o preventivo.

O ACS no seu cotidiano de trabalho vem desenvolvendo um conjunto de atividades que perpassam por estes enfoques, utilizado os seus instrumentos de trabalho como a visita domiciliar, que é um instrumento essencial e mais freqüente no seu dia a dia, a entrevista, o cadastramento, mapeamento e as reuniões comunitárias.

Neste fazer cotidiano, os enfoques são utilizados à medida em que as famílias são abordadas no processo de orientação às diversas demandas que chegam durante a rotina das visitas domiciliares. Apesar de o enfoque educativo ser um aspecto marcante da prática do ACS, existe a necessidade de continuar a dar maior ênfase a este aspecto, visto que são essas ações que contribuem também para a resolubilidade do programa.

Os diferentes contextos que os ACS estão inseridos são os espaços de ampliação da agenda deste profissional e, com isso, identifica-se a necessidade de articulação intersetorial que é preciso ter no cotidiano da prática profissional. Porém, não se pode esquecer que o PSF pressupõe um trabalho em equipe, tendo cada profissional um conjunto de atribuições específicas, podendo inserir a esta equipe outras categorias profissionais.

Os ACS revelaram, em seus depoimentos, o reconhecimento que o seu trabalho tem junto à comunidade, devido a sua grande especificidade que o faz diferenciar dos outros membros da equipe, que é o fato dele viver e intervir no processo saúde/doença da comunidade, num nível de interação próprio de quem participa de um mesmo espaço, uma mesma cultura, crenças e valores.

Entretanto, a prática do ACS no PSF apresenta limites, em que as suas ações minimizam muitos problemas da comunidade. No entanto, com a expansão do PSF para as grandes cidades e áreas urbanas, houve ampliação de novas demandas, pois a realidade urbana traz novos desafios que requerem uma ação intersetorial mais efetiva. São situações relacionadas ao uso de drogas e álcool, da violência doméstica e intrafamiliar, gravidez na adolescência, entre outros, que o ACS ainda não está capacitado suficiente para atender outras necessidades que estão emergindo do contexto social.

Além disso, é necessário que ocorram mudanças no processo de formação dos recursos humanos para que se possa garantir as bases conceituais para a construção de novas práticas, no sentido de responder ao modelo de atenção que está sendo construído.

Enfim, reforça-se a necessidade da formação do ACS, bem como o desenvolvimento de uma proposta de educação permanente para os demais membros da equipe de saúde da família, por acreditar que esta é uma necessidade para o desenvolvimento de uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde, que requer uma visão e uma ação ampliada, exigindo a incorporação de novos saberes e práticas, dando, assim, ao ACS todas as ferramentas necessárias para desenvolver a sua prática, de acordo com o seu novo perfil profissional.

Ampliação das ações dos ACS

A Regulamentação do ACS enquanto profissão foi editada na Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002 (SILVA; DALMASO, 2002). Este novo sujeito passa a ser parte da equipe de saúde, sendo co-participe das demandas da comunidade, já que deve ser um elemento que reside no mesmo território social dos usuários sob sua responsabilidade.

No momento em que foi criado o PSF em Caucaia (1997), as responsabilidades dos ACS estavam relacionadas à saúde materno-infantil: estimular a gestante a realizar o pré-natal; vacinação das crianças; disseminação do uso de soro de reidratação oral; orientação sobre conhecimentos básicos de higiene; controle da desnutrição infantil; promoção do aleitamento materno; orientação da comunidade sobre o uso dos serviços de saúde disponíveis; coleta de informações sobre as gestantes, crianças menores de dois anos e sobre nascimentos.

No entanto, com a implementação do PSF e a construção de um sistema de saúde descentralizado, estes novos sujeitos (ACS) se depararam com outros desafios no seu fazer cotidiano, as ações já não estão restritas a gestante/mãe e criança, mas a toda a família. Ou seja, outras demandas passam a ser incorporadas no seu fazer, como: lidar com as ações programáticas de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, entre outros; epidemias de agravos como a dengue. Além de problemas psicossociais que estão presentes nas áreas urbanas dos municípios, em especial na periferia das grandes cidades. São alguns deles: violência doméstica, drogas, prostituição, gravidez na adolescência, entre outros.

Identificou-se nas falas dos entrevistados duas situações distintas de atuação do ACS em relação à rede SUS de Caucaia: o profissional que centra suas ações na unidade básica de saúde tradicional, de forma pontual, valorizando as demandas individuais, direcionadas para um problema específico; e uma ação diferenciada junto à família, em unidades de PSF, ultrapassando muitas vezes os limites da saúde, à medida em que a comunidade vai apontando novas demandas, anseios e problemas relativos ao cotidiano familiar, requerendo atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população.

Estes distintos campos de atuação constituem atributos na composição das tarefas que vêm sendo ampliadas e incorporadas pelo ACS, não sendo possível agrupá-los com outras profissões historicamente existentes no campo da saúde.

Neste novo cenário, o ACS desempenha um papel de mediador social, sendo considerado um elo entre a comunidade e os serviços de saúde ou, mais precisamente, entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as diversas necessidades das pessoas; entre o saber científico e popular sobre saúde; entre a capacidade de autocuidado existente na comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado. Daí a contradição, no discurso e na prática, pois enquanto sujeito social, exerce não só o papel de elo, mas também é membro da equipe de saúde da família (SILVA; DALMASO, 2002).

O fato do ACS ser um trabalhador que integra o lugar onde trabalha faz com que sejam estabelecidos vínculos com as famílias que estão sob sua responsabilidade, construindo uma relação afetiva que facilita o processo de interação família e serviços de saúde, gerando uma relação de confiança entre as partes e edificando novas perspectivas nas tomadas de decisões do trabalho.

No entanto, chama-se a atenção para a responsabilidade dessa interação com a família, que também deve ser da equipe de saúde como um todo, ao tomar como eixo orientador a interdisciplinaridade na dinâmica cotidiana do trabalho do programa.

Considerações Finais

As concepções dos ACS sobre sua prática no PSF são compreendidas de forma crítica, em que os entrevistados estabelecem conexões entre a saúde/serviços de saúde. Compreendem a prática no PSF como uma nova forma de fazer saúde com base no enfoque preventivo,

reconhecendo que as suas ações contribuem para o processo de inversão do modelo de atenção à saúde. Pois referem a necessidade de mudança do lócus de intervenção centrado no hospital, para uma nova prática que valorize as ações de prevenção das enfermidades, focalizada na família.

O estudo evidencia o PSF como instrumento que possibilita a organização dos serviços de saúde, abrindo possibilidades de se constituir como a "porta de entrada" do sistema, fortalecendo o primeiro contato na rede de serviços, se tornando referência dos usuários para outras unidades de maior complexidade.

As práticas dos ACS são orientadas por um elenco de atividades articuladas aos pressupostos de um sistema de saúde resolutivo, com a preocupação de operar como porta-voz da comunidade, na tentativa de responder às necessidades da população e desenvolver ações que visam à melhoria da saúde das famílias, sob sua responsabilidade. Apesar de se deparar com limites relacionados à resolubilidade de muitos problemas de saúde que chegam até a equipe de saúde, como as dificuldades de acesso da população aos diversos níveis de complexidade do sistema, que foge do nível de governabilidade do agente comunitário.

O campo de atuação do ACS apóia-se em duas situações distintas: ações operadas de forma pontual, voltada para a demanda individual e problemas específicos, nos moldes da programação em saúde verticalizada, tendo como lócus a unidade básica de saúde tradicional; e ações diferenciadas em unidades do PSF, com valorização das demandas familiares e problemas relativos ao seu cotidiano, envolvendo diferentes aspectos dos territórios sociais.

Enfim, a pesquisa mostra que o ACS tem se constituído em um sujeito social fundamental na construção de um novo modelo de atenção à saúde, tanto na dinâmica da prática com a incorporação de atribuições de âmbito coletivo, integrando a promoção da saúde, quanto nas relações de vínculo que são estreitados com as famílias e seus núcleos sociais.

Referências

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface – Comum. Saúde Edu.**, v.5, n. 9, p.150-153, 2001.

ASSIS, M. M. A. *et al*. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciên. Saúde Coletiva**, v.8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Cad. Ética Pesq.** v.1, n.1, jul. 1998.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p.29-87.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciên. Saúde Coletiva**, v.2, n.5, p. 219-230, 2000.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Saúde da Família**: um novo modelo de atenção. Fortaleza, 1995.

FERRAZ, L. *et al*. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciên. Saúde Coletiva**, v. 10, n.2, p.347-355, 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. *et al*. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. cap. 3, p. 55-124.

FRAZÃO, P.; MARQUES, D. S. C. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. **Ciên. Saúde Coletiva**, v. 11, n.1, p.131-144, 2006.

GIOVANELLA, L. *et al*. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2003.

GOLDIM, J. R. **Pesquisa em saúde**: leis, normas e diretrizes. 2. ed. Porto Alegre: Hospital das Clínicas de Porto Alegre, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Informação sobre a população dos municípios brasileiros. Disponível em : <http://www. ibge.gov.br>. Acesso em: 24 nov. 2005.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 24. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 80p.

MINAYO, M. C. S. *et al*. **Programa Agentes de Saúde do Ceará**: estudo de caso. Fortaleza: UNICEF, 1990.

MISHIMA, S. M.; CAMPOS, A. C. O trabalho no Programa de Saúde da Família – perfil das equipes. **REME-Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v.7, n.2, p.124-133, 2003.

NUNES, M. O. *et al*. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1639-1646, 2002.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-586.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo**,** v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

RODRIGUES, A. A. A. O. **Construção de Sujeitos, Saberes e Práticas na Saúde Bucal de Alagoinhas - Bahia:** o trabalho cotidiano no Programa de Saúde da Família como protagonista da mudança. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-BA. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v.29, n.2, p. 273-285, 2005.

SANTOS, A. M. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.9, n.2, p.190-200, 2006.

SANTOS, A. M. *et al*. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 75-85, 2007.

SILVA, A. L. F. *et al*. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 246-55, 2005.

SILVA, R.V.B. *et al.* Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R.A (Orgs). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, Hucitec, 2004. p.75-90.

SILVA, J. Á.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, M. J. **Agente de saúde:** agente de mudança? A experiência do Ceará. Fortaleza: Gráfica LCR, 1997.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós e criando laços. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 257-77, 2003.

Submissão: julho de 2007
Aprovação: outubro de 2007