



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem  
Brasil

Rizoneide Negreiros Araújo, Maria; Silva Assunção, Raquel  
A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças  
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 57, núm. 1, enero-febrero, 2004, pp. 19-25  
Associação Brasileira de Enfermagem  
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019638017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Maria Rizioneide Negreiros Araújo\*  
Raquel Silva Assunção\*\*

## Resumo

O artigo trata das ações desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde - ACS no Programa de Saúde da Família de Divinópolis - MG, fazendo uma relação de atuação nos campos da Promoção da Saúde e da Prevenção de Doenças, tomando como referencial a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986. A pesquisa de campo foi realizada com questionário, observação direta e entrevista com os ACS. De abordagem qualitativa em que as concepções e expressões dos sujeitos foram tratadas à luz do materialismo histórico e dialético e a organização e análise dos discursos, segundo metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Concluímos que o ACS realiza as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, e que sua atuação na promoção da saúde se limita na criação de ambientes favoráveis à saúde, à ação nos domicílios, no desenvolvimento de habilidades individuais para o autocuidado e na mobilização comunitária. Na prevenção de doenças, atua de forma ampla, em ações individuais, educação para a saúde para grupos de risco e comunidade, e controle de doenças infecciosas e parasitárias como a dengue e as verminoses. Seu foco de atenção é, predominantemente, o indivíduo.

**Descritores:** auxiliares de Saúde Comunitária; promoção da saúde; prevenção de doenças

## Abstract

*This article discusses practices developed by the community health agency in the Family Health Program of Divinópolis - MG reporting on practices in the fields of Health Promotion and Disease Prevention, taking as main reference the principles established at the 1<sup>st</sup> International Health Promotion Conference, which took place in Canada in 1986. Field research was carried out by questionnaire, direct observation of work and open interviews with community health agencies. A qualitative approach was chosen in which the concepts and statements of the subjects were dealt with in the light of historical and dialectical materialism, and the organization and analysis of the discourses according to the Discourse of the Collective Subject. We conclude that the community health agency performs actions recommended by the Ministry of Health, and that its health promoting actions are confined to the creation of environments favorable to health, actions in the home. It works more widely in disease prevention, in individual actions, health education for the community and for groups at risk, and controlling infectious disease and parasites such as dengue and worms. Its focus of attention is predominantly the individual and not the family.*

**Descriptors:** community health assistants; health promotion; disease prevention

**Title:** The practice of the community health agency in health promotion of and disease prevention

## Resumen

*El artículo trata del quehacer desarrollado por el agente comunitario de salud en el Programa de Salud de la Familia de Divinópolis-MG, tanto en la Promoción de la Salud como en la Prevención de Enfermedades. Se toman como referencia los principios establecidos en la I Conferencia Internacional, realizada en Canadá en 1986. La pesquisa de campo se realizó mediante cuestionario, observación directa del trabajo y entrevista abierta con los agentes comunitarios de salud. Se escogió un enfoque calitativo en el cual los conceptos y expresiones de los sujetos se trataron a la luz del materialismo histórico y dialéctico y la organización y el análisis de los discursos, según la metodología del Discurso del Sujeto Colectivo. Se concluye que el agente de salud actúa, según lo preconizado por el Ministerio de la Salud y que para la promoción de la salud se limita a crear los ambientes favorables a la salud, a actuar en los domicilios, en el desenvolvimiento de habilidades individuales para el autocuidado y en la movilización comunitaria. En la prevención de enfermedades actúa de forma más amplia, como en la educación para grupos de riesgo y comunidad y en el control de enfermedades infecciosas y parasitarias como el dengue y las verminosas. Su enfoque predominantemente está en el individuo y no en la familia.*

**Descriptores:** auxiliares de salud comunitaria; promoción de la salud; prevención de enfermedades

**Título:** La actuación del agente comunitario de salud para promover la salud y prevenir las enfermedades

## 1 Introdução

O Programa de Saúde da Família - PSF é adotado pelo Ministério da Saúde desde 1994 como modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, assumindo como princípio norteador a equidade<sup>(1)</sup>.

Este programa, considerado uma estratégia de mudança de modelo da assistência à saúde, tem como ponto central a criação de vínculos e de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, dentro de um espaço geograficamente delimitado.

Essa inversão só é possível por meio da mudança do objeto da atenção à saúde, deslocando-se do individual para o coletivo e da mudança de atuação e organização geral dos serviços, com a reorganização da prática assistencial dos profissionais em novas bases e critérios.

A organização de uma equipe de saúde da família - ESF, constituído por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, torna-se então o principal instrumento para a consolidação do Programa de Saúde da Família, por trabalhar com a família, em uma área adstrita e ter acesso ao modo de vida dessa população.

Nesse contexto, acredita-se que o Agente Comunitário de Saúde - ACS - se torna o articulador do processo de trabalho da equipe, exatamente por morar na sua área de atuação, conhecer muito bem a comunidade em que vive e ter maior facilidade de acesso aos domicílios.

Por definição, o ACS "trabalha fora do posto, fazendo a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde"<sup>(2-71)</sup>. Esse elo acontece de várias maneiras, mas principalmente na visita domiciliar, quando o ACS tem a oportunidade de conhecer os agravos que acometem aquela população, percebidos ou explicitados pelas pessoas, comunicar à equipe do PSF a sua percepção e retornar à comunidade com orientações, encaminhamentos ou outras atividades que possam evitar, diminuir ou solucionar os problemas encontrados, juntamente com os profissionais de saúde e a própria população.

Em Minas Gerais, grande parte dos municípios já implantaram o PSF. Divinópolis, situado na região Centro-Oeste do Estado, iniciou esse trabalho em 1996, sem a estrutura proposta pelo Ministério da Saúde, ou seja, a Equipe de Saúde da Família - ESF - não tinha na sua constituição o Agente Comunitário de Saúde. Com o propósito de estender a Saúde

\* Enfermeira. Professora Aposentada da Escola de Enfermagem da UFMG. Coordenadora do PSF do Estado de Minas Gerais. Doutora em Enfermagem

da Família a mais regiões do município, em 1998 novas equipes foram implantadas e as existentes reformuladas de acordo com o modelo proposto pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde define como atribuições básicas do ACS realizar mapeamento de sua área de atuação; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente este cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar áreas de risco; orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica; realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe<sup>(3)</sup>.

Neste texto aborda-se como foco principal as ações do ACS na Promoção da Saúde e na Prevenção de Doenças, porém como várias das atribuições acima são intrínsecas a estas atribuições, serão descritas ao longo do trabalho.

## 2 Um caminho a percorrer: promover a saúde e prevenir as doenças

Há o reconhecimento pela sociedade de que saúde não é uma conquista, nem uma responsabilidade exclusiva do setor, mas o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se articulam de forma particular em cada sociedade, a partir de conjunturas específicas, o que possibilita a existência de sociedades mais ou menos saudáveis. A Promoção da Saúde, a prevenção de doenças e o tratamento e reabilitação das enfermidades são as três principais estratégias para intervir no processo saúde-doença. Essas estratégias encontram-se situadas em campos de conhecimento bastante complexos e exigem esforços integrados para levá-las a melhorar a saúde das populações<sup>(4)</sup>. Ainda que muitas pessoas tenham vidas saudáveis, mas para isso “necessitam de situações sociais, econômica e cultural favoráveis, ambiente saudável, alimentação adequada, prevenção de problemas específicos de saúde e informação”<sup>(4:50)</sup>.

Na realidade concreta, a percepção de que os problemas de saúde das diferentes sociedades não são decorrentes da capacidade da atenção médica curativa para manejar a enorme demanda representada pelos problemas sanitários originados pelo subdesenvolvimento e pelos agravos à saúde decorrentes das doenças crônico-degenerativas tem levado as sociedades a buscarem novos caminhos para dar maior efetividade às ações derivadas de uma das estratégias supramencionadas. Isso nos revela que as sociedades estão incorporando novos saberes no seu cotidiano a partir do conhecimento de que a saúde de um determinado grupo populacional, em um dado momento, está recebendo os efeitos de múltiplos processos determinantes e condicionantes que na realidade expressam o modo de vida da sociedade e suas interações em processos mais singulares inerentes ao estilo de vida pessoal<sup>(5)</sup>.

Outro ponto de convergência para a aplicação das estratégias é o reconhecimento de que a situação de saúde está intimamente ligada com o modo de vida do indivíduo e das populações. O dia-a-dia do indivíduo na sociedade é, portanto,

doença naquela sociedade.

Todavia, desde o surgimento da promoção da saúde para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde das populações, essa tem sido incorporada em diferentes contextos e em propostas distintas de intervenção. Assim, dividimos a prática da promoção em dois grandes grupos<sup>(6)</sup>:

- a- aquelas atividades voltadas à transformação dos comportamentos do indivíduo, dirigidas ao estilo de vida e localizando-os no seio da família e, no máximo, no ambiente cultural. A adesão a esta linha nos conduz à realização de atividades de promoção da saúde voltadas para os componentes educativos relacionados com os riscos comportamentais passíveis de mudança e sob o controle do próprio cidadão. Exemplo: higiene pessoal, hábito de fumar, etc.;
- b - aquelas atividades relacionadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente no sentido amplo (ambiente físico, social, político, econômico e cultural). As atividades de promoção neste segundo grupo se dariam através de políticas públicas intersetoriais, participação da sociedade e do poder público.

### 2.1 Promoção da saúde

A compreensão do que seja ‘Saúde’ é imprescindível para desenvolvermos estratégias que permitam aos serviços de saúde atuarem no nível da promoção da saúde. Saúde é entendida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”<sup>(5:15)</sup>. Neste sentido, as condições e os recursos fundamentais para atingirmos o proposto neste conceito são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade<sup>(5)</sup>.

O termo promoção da saúde tem sido associado a valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, e a uma combinação de estratégias tais como 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 intersetoriais<sup>(7)</sup>.

Faz-se claro que a promoção da saúde não é só responsabilidade do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal na articulação de políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais ao ser humano.

A promoção da saúde vem sendo discutida por diversas instâncias na área da saúde ao longo das últimas três décadas, principalmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Podemos destacar como marco no desenvolvimento de suas bases conceituais e políticas as Conferências Internacionais sobre promoção da saúde realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997).

O movimento de promoção da saúde foi formalizado no Canadá, em 1974, com a divulgação do Informe Lalonde – *A New Perspective on the Health of Canadians*. A elaboração deste documento parece ter sido ocasionada pelos crescentes custos da assistência médica e pela abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, que apresentava poucos resultados na melhoria da saúde dos canadenses.

Os fundamentos do Informe Lalonde baseiam-se no conceito de campo da saúde, composto por quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, nos quais estão presentes diversos fatores que influenciam a saúde<sup>(4)</sup>.

O informe Lalonde e a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior serviram de bases para a Conferência de Alma-Ata (1978), cujas metas foram a de alcançar a “Saúde Para Todos no Ano 2000” e a formulação da estratégia da Atenção Primária

sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aptação de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais, o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais<sup>(5)</sup>.

Outros elementos da Declaração de Alma-Ata que devem ser considerados são a necessidade da intervenção de diversos setores sociais e econômicos, além do setor saúde, para se atingir um elevado grau de saúde; a promoção e proteção da saúde é fundamental para o desenvolvimento econômico e social sustentável, para a melhoria da qualidade de vida e para a conquista da paz mundial; e a participação individual e coletiva na planificação e aplicação das ações de saúde como um direito e dever da população<sup>(5)</sup>.

A Declaração de Alma-Ata deu um novo direcionamento às políticas de saúde, com ênfase na participação comunitária, na cooperação entre os diferentes setores da sociedade e nos cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais<sup>(5)</sup>.

A declaração foi um estímulo para a continuidade da luta pela estratégia da promoção da saúde, que culminou com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, 1986.

A Promoção da Saúde foi definida, neste documento, como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”<sup>(5:19)</sup>.

A Carta de Ottawa deixa claro que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como importante dimensão da qualidade de vida. Portanto, a saúde é compreendida como um recurso essencial para a vida cotidiana<sup>(4)</sup>.

Este documento apresentou como condições e requisitos necessários à saúde a “paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”<sup>(6:158)</sup>, assim como a defesa da saúde, a capacitação e a mediação política como indispensáveis para alcançá-la.

Na Carta de Ottawa são identificados cinco campos de ações para a promoção da saúde: “construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades; reforço da ação comunitária; reorientação dos serviços de saúde”<sup>(5:25)</sup>.

A construção de políticas públicas saudáveis implica que a saúde tenha prioridade entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com responsabilização pelas consequências das políticas sobre a saúde da população.

A criação de ambientes favoráveis à saúde se dá a partir da inserção, na agenda de prioridades da saúde, de ações como a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente causam sobre a saúde, a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a cidade<sup>(4)</sup>.

O desenvolvimento de habilidades favoráveis à saúde acontece em decorrência da divulgação de informações e da educação para a saúde, em todos os espaços coletivos, preparando o indivíduo para as diversas fases da existência e o enfrentamento das enfermidades. Neste campo também está presente a idéia de *empowerment*, ou seja, a aquisição de poder técnico (capacitação) e político pelos indivíduos e pela comunidade.

O incremento do poder das comunidades, por meio da posse e controle dos seus próprios esforços e destino, produz

estratégias e na sua implementação, com vistas à melhoria das condições de saúde.

A proposta de reorientação dos serviços de saúde se direciona no sentido da promoção da saúde, além de prover serviços clínicos e de urgência, evidenciando a intenção de superar o modelo biomédico, centrado na doença e na assistência médica curativa desenvolvidas em instituições médico-assistenciais. Esta reorientação requer maior investimento na pesquisa em saúde, bem como mudanças na educação e ensino dos profissionais da área de saúde. Isto implica uma mudança na organização dos serviços de saúde e nas práticas dos profissionais.

A II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, na Austrália, no ano de 1988, teve como tema central as políticas voltadas para a saúde (políticas saudáveis), mantendo o direcionamento estabelecido nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa.

Foram consenso, nesta Conferência, as seguintes estratégias para as políticas públicas voltadas para a saúde: as políticas públicas saudáveis, a saúde como um direito humano fundamental e um sólido investimento social, a equidade em saúde, o acesso a bens e serviços de saúde, o desenvolvimento, o governo e os setores sociais detentores de recursos como responsáveis pela saúde, a promoção da saúde numa abordagem integrada do desenvolvimento social que extrapola os atuais sistemas de cuidados à saúde e a parceria dos diversos setores da sociedade no processo político de incremento das ações de saúde<sup>(5)</sup>.

Esta Conferência reafirmou o compromisso por uma forte aliança na saúde pública global e ressaltou a responsabilidade internacionalista da promoção da saúde, ao estabelecer que os países desenvolvidos devem desenvolver políticas públicas que possam resultar em impactos positivos na saúde dos países em desenvolvimento.

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde, realizada em junho de 1991, em Sundsvall, na Suécia, convocou todas as nações para participarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde.

O evento trouxe, definitivamente, o ambiente para a área da saúde, considerando-o em suas dimensões física ou natural, social, econômica e cultural. Ambiente entendido como espaços em que as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, o trabalho, as áreas de lazer e as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão<sup>(4)</sup>.

A Conferência destacou quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor da saúde<sup>(5)</sup>: a dimensão social, aqui incluídas as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde, chamando a atenção para a mudança que está ocorrendo nas relações sociais tradicionais, como o crescente isolamento social, a perda de significados e propósitos coerentes de vida ou a perda de valores tradicionais e da herança cultural; a dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades, além do compromisso com os direitos humanos, a paz e a realocação de recursos provenientes da corrida armamentista; a dimensão econômica, que requer o reescalamento dos recursos para o alcance da meta Saúde Para Todos no Ano 2000 e o desenvolvimento sustentável; a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico.

O documento menciona como áreas para ações de saúde pública a educação, alimentação, moradia, apoio e atenção social, trabalho e transporte, e reforça a importância da



– Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI, realizada em Jacarta, Indonésia, em julho de 1997, aconteceu quase 20 anos depois da Declaração de Alma-Ata, num momento crítico das estratégias internacionais de desenvolvimento em favor da saúde.

Esta foi a primeira Conferência a ser realizada em um país em desenvolvimento e a agregar o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ela permitiu refletir sobre o que se aprendeu em relação ao tema, e rever os determinantes da saúde, além de traçar diretrizes necessárias ao enfrentamento dos desafios da promoção da saúde neste século.

A Declaração de Jacarta define como pré-requisitos para a saúde: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade.

A Conferência de Jacarta reafirmou as cinco estratégias propostas na Carta de Ottawa para a promoção da saúde e ressaltou que a abordagem ampla no desenvolvimento da saúde é mais eficiente, sendo que as localidades oferecem condições para sua implementação. A participação popular é imprescindível para a promoção da saúde e aprender sobre saúde incentiva a participação.

No documento são priorizadas cinco ações para a promoção da saúde no século XXI<sup>(5)</sup>: a) Promover a responsabilidade social para com a saúde; b) Aumentar os investimentos para fomentar a saúde; c) Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; d) Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; e) Conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

A proposta de uma aliança mundial para acelerar o processo para a promoção da saúde foi assumida pelos participantes da Conferência e um apelo foi feito aos governos nacionais no sentido de estimular este processo, tanto dentro como fora de seus países.

Além destas Conferências destacamos como fóruns de discussão e reafirmação dos princípios estabelecidos na Carta de Ottawa a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Bogotá, em novembro de 1992 que assumiu a relação mútua entre saúde e desenvolvimento e cujo documento afirma que “a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento”<sup>(5:39)</sup>, a Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde em Genebra, Suíça, 1998, que estabeleceu como missão “fortalecer a capacidade de promoção da saúde, nos âmbitos mundial e nacional, no sentido de ampliar a oferta de saúde às populações dos megapaíses, e também à população mundial”<sup>(5:51)</sup> e a V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México, em junho de 2000, concluindo que muitos problemas de saúde ainda interferem no desenvolvimento social e econômico, o que requer medidas urgentes no sentido de “promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem-estar”<sup>(5:53)</sup>.

A Promoção da Saúde conforme o estabelecido nessas conferências internacionais, requer ações muito amplas que extrapolam o sistema de saúde. No Brasil, mesmo com os avanços obtidos desde a Oitava Conferência de Saúde, ainda estamos centrados dentro do próprio setor saúde na tentativa de organização dos serviços e na adequação dos recursos disponíveis para o financiamento do sistema.

A expansão da estratégia da Saúde da Família, na qual a Promoção da Saúde é uma das principais ações desenvolvidas pela equipe, e, principalmente, pelo Agente Comunitário, pode significar a transformação da realidade brasileira.

## 2.2 Prevenção das doenças

Resposta ao conceito de saúde da OMS: Leavell & Clark<sup>(8)</sup>

seja quando se encontra em ótimas condições até quando estão enfermos, o que permite pensar na saúde, na doença e na invalidez em uma “escala graduada”. A perda da saúde pode ser causada por “agentes patológicos animados e inanimados, pelas características inerentes ou adquiridas pelo homem e pelos muitos fatores de meio ambiente em que o homem vive”<sup>(8:10)</sup>. Assim, a doença é vista como um processo contínuo, ocasionada pelo desequilíbrio entre as forças biológicas, físicas, mentais e sociais.

Estes autores acreditam que o processo da doença acontece em dois períodos, denominados pré-patogênese e patogênese. O primeiro ocorre por meio da interação entre os fatores relacionados com o agente potencial, o hospedeiro e o meio ambiente. No segundo, a primeira interação do homem com os fatores determinantes da doença, sem que o equilíbrio seja restabelecido ou alcançado, resulta na mudança de forma e função, até um defeito, invalidez ou morte.

A associação destes dois períodos, com vistas às ações preventivas, foi denominada a História Natural de uma Doença que

compreende todas as inter-relações do agente, hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte<sup>(8:15)</sup>.

Assim, baseados na história natural, sugerem a prevenção da doença em três níveis: primário, secundário e terciário. Prevenção entendida como o ato de “antecipar, preceder, tornar impossível por meio de uma providência precoce”<sup>(8:10)</sup>.

A **prevenção primária**, feita no período da pré-patogênese, desenvolve medidas de proteção específica do homem contra agentes patológicos ou estabelece barreiras contra os agentes do meio ambiente. Na **prevenção secundária**, o processo patológico já está instalado (patogênese), portanto a mesma se dá por meio do diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado, procurando evitar as seqüelas e a invalidez. Posteriormente, na presença de defeitos ou invalidez, atua-se na **prevenção terciária**, por meio da reabilitação.

A medicina preventiva tem como objetivos “promover um estado de saúde positivo ou ótimo, evitar a perda da saúde e a invalidez depois que o homem foi atacado pela doença”<sup>(8:10)</sup>. Neste contexto, a clínica tem como objeto a doença em sua dimensão individual. Assim, considera que a medicina preventiva amplia o objeto de intervenção à categoria problemas de saúde, incluindo não só as doenças em sua expressão populacional, mas também os fatores populacionais que a condicionam<sup>(7)</sup>.

Esta noção de níveis de prevenção foi incorporada ao discurso da Medicina Comunitária, na década de 60, e serviu de orientação para o estabelecimento de níveis de atenção no sistema de serviços de saúde, o que foi amplamente difundido com o movimento da Saúde Para Todos no Ano 2000 e da Atenção Primária à Saúde - APS<sup>(9)</sup>.

Nos países em desenvolvimento, a APS vem subsidiando a elaboração e implementação de políticas de descentralização da gestão e redefinição da oferta de serviços nos sistemas de saúde, constituindo-se um dos eixos das propostas de reforma preconizadas pelos bancos credores por meio da implantação de programas de saúde da família<sup>(9)</sup>.

O modelo biomédico hegemônico e o desenvolvimento de práticas de saúde centradas no cuidado individual, com a incorporação de tecnologia de produção extremamente desenvolvida e de elevados custos, têm gerado a necessidade de reformas dos sistemas de saúde.

No Brasil, a maior parte das propostas de reforma do modelo médico assistencial, têm como centro de discussão a

base a concepção ecológica<sup>a</sup> do processo saúde-doença e a organização dos níveis de prevenção /níveis de atenção à saúde em sistemas descentralizados, hierarquizados, regionalizados<sup>(9)</sup>.

No momento atual, a tensão conceitual e política em torno de distintas abordagens acerca do processo saúde-doença e das formas de organização social que respondem aos problemas e necessidades de saúde, evidencia-se em duas tendências (opostas, mas complementares) na produção científica em saúde, originando várias propostas e estratégias de ação no âmbito da atenção médica, da saúde pública e da saúde coletiva<sup>(9)</sup>.

Na produção de conhecimentos observa-se o desenvolvimento de um neo-organicismo com o avanço da engenharia genética e da biologia molecular, trazendo no universo microscópico a gênese dos processos mórbidos individuais. Nas propostas de mudança das práticas de saúde, este processo inclui o debate sobre o desenvolvimento de tecnologias diagnósticas e terapêuticas originadas da aplicação das descobertas do Projeto Genoma Humano, o que tem sido denominado de Medicina Preditiva<sup>(9)</sup>.

Nas políticas e práticas de saúde, evidencia-se a coexistência de vários processos e movimentos, que se articulam e se contrapõem. Assim, desenvolve-se um processo de reprodução do modelo de atenção médico-hospitalar de alta tecnologia e, paralelamente, busca-se a redefinição das ações coletivas instrumentalizada pelos avanços da investigação clínico-epidemiológica (Saúde baseada em evidências), ao mesmo tempo em que se difunde a proposta de Promoção da Saúde como um modelo de maior consenso com a complexidade da situação de saúde, principalmente nas áreas urbanas.

O avanço no campo de Saúde Coletiva tem possibilitado um outro olhar na articulação da Epidemiologia crítica com a elaboração de propostas de mudanças nas formas de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde. Assim, tratamos da proposta da construção da Vigilância da Saúde<sup>b</sup>, que integra os vários níveis de prevenção, com ênfase nas políticas públicas saudáveis e em ações sociais organizadas, objetivando a defesa da saúde e a melhoria das condições de vida<sup>(9)</sup>.

A Vigilância da Saúde procura articular o enfoque populacional (promoção) com o enfoque de risco (prevenção) e o enfoque clínico (assistência), conforme a proposta da História Natural da Doença, porém com uma visão ampliada do processo saúde-doença, constituindo-se, assim, uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas dependendo da situação de saúde da população em cada localidade (país, estado, município)<sup>(9)</sup>.

Neste contexto, a prevenção de doenças e dos acidentes organiza-se como modo de olhar e estruturar intervenções que procuram antecipar-se a estes eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentarem<sup>(10)</sup>.

A implementação da proposta de Vigilância da Saúde é um desafio em todos os níveis do sistema e, principalmente, para o nível municipal, que no processo de consolidação do SUS, busca reorientação do modelo assistencial, desenvolvendo ações de promoção da saúde, reorganizando os programas e as práticas de prevenção de riscos e agravos

em grupos populacionais específicos e redefinindo o perfil de oferta de serviços médico-hospitalares.

### 3 Percurso metodológico

A importância da incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde no trabalho da saúde e o desafio de buscar compreender na realidade empírica as atividades por eles realizadas levou-nos à opção pelo Materialismo Histórico e Dialético como referencial teórico metodológico, porque este nos permite conceber que a realidade nunca é captada na sua totalidade e ainda porque nos propicia estabelecer relações entre o teórico e o empírico e a possibilidade de fazer transformação a partir de uma nova visão da realidade construída pela relação dialética.

No nosso entendimento a concepção dialética significa o modo de pensar as contradições na qual a realidade é essencialmente processo, mudança e devir. É essa contradição que permite a constante transformação da realidade pela ação dos homens<sup>(11)</sup>.

Este estudo foi descritivo-analítico de abordagem qualitativa, pois “um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada”<sup>(12:21)</sup>.

Os dados foram coletados com os ACSs integrantes das 12 (doze) equipes de saúde da família, utilizando-se questionário, observação direta do trabalho dos sujeitos da pesquisa e entrevistas individuais não-estruturadas. As informações coletadas nas entrevistas individuais com os ACSs foram organizadas de acordo com o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, “proposta de organização e tabulação dos dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, papers de revistas especializadas, etc”<sup>(13:5)</sup>.

### 4 O agente comunitário de saúde de Divinópolis

No município de Divinópolis, o ACS deve ter idade acima de 18 anos, ter concluído o 1º grau, morar no município e na área de atuação por no mínimo 02 anos, estar disponível para trabalhar 08 horas diárias, ter espírito de liderança e de solidariedade.

Os ACSs foram selecionados por meio de um processo no qual estiveram envolvidos a comunidade, os profissionais das equipes e a coordenação do PSF. Inicialmente cada comunidade das áreas de abrangência do PSF indicou, após eleição por expressivo contingente populacional, dois candidatos que estivessem dentro dos critérios pré-estabelecidos e já citados neste texto. Os candidatos passaram pela capacitação, com o Curso Introdutório, e submetidos a exame escrito em relação ao conteúdo dado. Em seguida, foram entrevistados individualmente, sendo selecionado um ACS de cada microárea. O processo de seleção realizado naquela época condiz com a atual Lei n. 10.507 de 10.07.2002, que cria a profissão de ACS e preconiza que o mesmo deve residir em sua área de abrangência<sup>(14)</sup>.

Os ACSs são predominante do sexo feminino, correspondendo a 87,75% do total. Conforme nos diz Silva, M.J. (1997), historicamente, a participação feminina sempre esteve ligada ao cuidado, seja com o doente, a criança ou a família.

A maioria dos ACSs está na faixa etária entre 20 a 39 anos, ou seja, são considerados adultos jovens, no auge da capacidade produtiva.

Mais de 50% dos ACSs são casados. Se considerarmos que a maioria é mulher e casada, pressupõe-se uma segunda jornada de trabalho, o doméstico, o que pode ser um dificultador, pois acrescenta mais esforço físico a um trabalho que já demanda elevada atividade física.

O município de Divinópolis exige o 1º grau completo para o cargo de ACS, como foi dito anteriormente, porém os dados

<sup>a</sup>Modelo ecológico: baseado na tríade agente-hospedeiro-ambiente, integrava os conhecimentos da Epidemiologia e da Clínica, sendo incorporado aos fundamentos teóricos de algumas propostas de reforma dos serviços de saúde nos países centrais após a 2ª Guerra Mundial<sup>(9)</sup>.

<sup>b</sup>Vigilância da Saúde: estratégia de reorientação das respostas sociais

até mesmo estão cursando o 3º grau, fato surpreendente se considerarmos que este cargo não tem progressão funcional e conta com baixos salários.

Um estudo realizado no estado do Ceará, com os ACSs, menciona que a escolaridade destes fica em torno do 4º ano primário, e alguns são analfabetos. Em outro contexto, a escolaridade fica em média 50 % acima do 1º grau completo<sup>(15,16)</sup>.

Mais de 80 % dos ACSs trabalham no PSF de Divinópolis por um período superior a dois anos, com predominância entre dois a três anos. Esta permanência se justifica por não haver influência político-partidária na forma de contratação, haja vista que o processo seletivo teve a participação efetiva da comunidade, com a aquiescência do poder público. Podemos também observar em equipes formadas há mais de 1 ano, que os ACSs permanecem por tempo superior a este período, gerando uma certa 'estabilidade' nas equipes e a possibilidade de manter a continuidade, sem idas e vindas, no processo de trabalho<sup>(15,16)</sup>.

Em relação à experiência anterior na área da saúde 87,50% dos ACSs não apresentavam nenhuma no momento da seleção, demonstrando que a maioria não tem nenhum saber formal na área da saúde. Dos que responderam positivamente, 50% são auxiliares de enfermagem.

Verificamos, também, que 97,92% dos agentes fizeram o curso introdutório, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, consubstanciado nos dados epidemiológicos do município. Pelos dados do monitoramento 60,90% dos ACSs do estado de Minas Gerais receberam o treinamento introdutório, o que demonstra que Divinópolis se encontra em situação mais favorável do que a maioria dos municípios<sup>(14)</sup>. Estes agentes continuam em um programa de educação continuada, elaborado pelo próprio município, onde mensalmente são ministrados conteúdos relevantes identificados como vazios de conhecimentos e necessários à prática cotidiana deles.

O conteúdo do Curso Introdutório (Gontijo, 1998) foi ministrado por uma equipe multiprofissional, formada de técnicos do próprio município, para todos os componentes das equipes e contemplou os seguintes temas: Trabalho em equipe, Sistemas locais de saúde, Atenção primária à saúde, Diagnóstico de saúde da comunidade, Análise da situação de saúde, Planejamento estratégico e participação social, Programas Prioritários e Supervisão e avaliação.

Quanto ao conteúdo dos temas da educação continuada, podemos observar a predominância de assuntos relacionados ao cuidado individual e às doenças, o que contradiz a própria concepção da estratégia da Saúde da Família, do trabalho coletivo e de ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos, sem desconsiderar que a doença existe<sup>(17)</sup>.

### **5 Ações desenvolvidas pelo ACS no cotidiano da ESF do PSF de Divinópolis**

Os ACSs das equipes do PSF de Divinópolis desenvolvem um amplo leque de ações, algumas estabelecidas de acordo com sua capacidade de exercê-las e dentro do proposto pelo MS, outras fora do seu âmbito de ação, pois dizem respeito ao exercício de outros profissionais.

O processo de trabalho das equipes é bastante diversificado, mas no geral os ACSs executam atividades que podem ser classificadas em burocráticas, vigilância à saúde, informação, comunicação, educação para a saúde, organização da demanda, de outros profissionais, apoio social e outras.

Nas ações denominadas burocráticas os ACSs estão o planejamento das ações, registros e consolidação dos dados e cadastramentos e reuniões de equipe.

As ações de Vigilância à saúde, realizadas pelos ACSs, têm na visita domiciliar um instrumento para sua efetivação, uma vez que é por meio desta que vão conhecer a população de sua área de abrangência e perceber os riscos à saúde das famílias das áreas de atuação<sup>(18)</sup>.

hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças de 0 a 5 anos, acamados, de parturientes e recém-nascidos, mulheres, ou seja, aos grupos considerados de risco, onde orientam o autocuidado e a prevenção de agravos à saúde, e ainda aos completamente sãos para verificar se o indivíduo permanece sem doença. Durante a visita os ACSs verificam o ambiente domiciliar no sentido de orientarem a higiene, evitando assim a presença do mosquito da dengue e a verminose, e o plantio de hortas.

A educação para a saúde é realizada por meio de orientações individuais aos grupos de risco, como citado anteriormente, à participação nos grupos de hipertensos, diabéticos, gestante e mulheres, e em palestras para famílias e comunidade, nas quais, entre outros temas, são abordados a higiene, o uso de drogas e a hipertensão arterial.

As ações que denominamos organização da demanda são os agendamentos, de consultas, preventivo, puericultura, e visitas domiciliares com os profissionais de nível médio e superior.

Nas ações de comunicação e as de informação, respectivamente, estão presentes atividades como avisar reuniões de hipertensos, diabéticos, gestantes, mulheres, data dos agendamentos, dar informações sobre o funcionamento da unidade de Saúde da Família, além de servir como 'mensageiro' da equipe entregando exames e pedidos de exames, medicamentos, receita, às vezes multimistura, acompanhamento para especialista<sup>(16)</sup>.

Ainda neste contexto, o ACS se articula com a comunidade para estimular a participação popular, através das Associações Comunitárias e dos Conselhos Locais de Saúde.

Além de desenvolver ações atribuídas à sua condição técnica, o ACS faz, no dia a dia, atividades próprias de outros profissionais, tais como ajudar na recepção, na pré e pós-consulta, na puericultura, a organizar o arquivo, quando há ausência de algum profissional ou se a auxiliar de enfermagem precisar de apoio. E, atualmente, os agentes são responsáveis pela limpeza da unidade de Saúde da Família.

Na comunidade o agente ainda exerce um papel social, em decorrência do envolvimento com a comunidade, auxiliando-a em momentos das mais variadas dificuldades<sup>(17)</sup>.

### **6 Considerações finais**

O ACS tem como papel fundamental, senão prioritário, desenvolver ações que estimulem a comunidade à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Muitos avanços foram obtidos neste sentido, sendo a implantação do Programa de Saúde da Família um dos que mais proporcionam a efetivação destas ações, uma vez que atinge a população em sua comunidade e em seu domicílio, além de dar um enfoque diferente na atenção à saúde, ou seja, está tentando sair do modelo de assistência biomédico para o modelo de vigilância da saúde. Assim o PSF, entre outras ações, pode proporcionar um estímulo à qualidade de vida e às condições de saúde, sob a visão da promoção da saúde<sup>(4)</sup>.

No PSF de Divinópolis, os ACSs têm executado todas as atribuições preconizadas pelo MS, e o que se observa é que dentro da linha da promoção da saúde, estabelecida na Carta de Ottawa, o discurso do sujeito coletivo mostrou que sua atuação tem se pautado na criação de ambientes favoráveis à saúde, no desenvolvimento de habilidades e reforço da ação comunitária. Porém algumas considerações são necessárias para a compreensão deste agir do ACS.

Na criação de ambientes favoráveis à saúde, sua ação limita-se à higiene domiciliar e aos cuidados com lixo exposto, predominantemente nos quintais, com vistas, principalmente, ao controle da dengue, doença que tem assolado o Brasil nos últimos 3 (três) anos. Ou seja, neste segundo aspecto suas ações se direcionam à prevenção de uma doença que já está



ambiente físico em que reside a população de sua área de abrangência.

Em relação ao desenvolvimento de habilidades, a participação do ACS tem sido muito ampla, pois atua na educação para a saúde individual e coletiva, por meio da visita domiciliar, grupos e palestras, levando à comunidade informações e conhecimento sobre o processo saúde-doença. Além disso, envolve a comunidade na resolução de problemas, conscientizando-a sobre os agravos presentes no seu território.

Aqui, também, se observa um enfoque na doença, pois as ações dos ACSs são, predominantemente, direcionadas a grupos de risco. Pouco se faz no sentido de orientar a população sadia a permanecer como tal, não só no nível individual como no coletivo.

Outra questão interessante é que, mesmo sendo o programa direcionado à saúde da família, em nenhum momento da fala dos agentes surge a família como seu foco de atenção, e sim a visita domiciliar ao indivíduo, a participação em grupos educativos para portadores de doenças crônicas. Não se observou no trabalho dos ACSs o planejamento de ações voltadas à família, mas somente ao indivíduo.

O envolvimento da comunidade está presente quando o ACS a insere nas resoluções sobre problemas de saúde que afetam a população e nas decisões acerca de alternativas para os diversos agravos presentes na área de abrangência, por meio da efetiva participação nos Conselhos Locais de Saúde.

Nos outros campos de ação defendidos na Carta de Ottawa, 'construção de políticas públicas saudáveis e reorientação dos serviços de saúde', não se evidencia o envolvimento dos ACSs em ações que possam ter influência nestes campos.

Em relação à prevenção de doenças, estas podem estar direcionadas a indivíduos, grupos sociais ou para a sociedade em geral<sup>(10)</sup>. Neste sentido, os ACSs têm atuado de maneira bastante ampla, por meio da vigilância à saúde, com controle pré-natal e da imunização, uso adequado de medicamentos, controle da dengue, melhoria dos hábitos de higiene, entre outros, e educação para a saúde, utilizando a orientação individual e em grupo e divulgação do conhecimento para a coletividade.

Mesmo sendo política do governo municipal a reorganização do modelo assistencial com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, e levando-se em consideração o conceito ampliado de saúde, ainda não ocorreu esta mudança do modelo, pois o ACS e a ESF estão sendo capacitados em função das doenças<sup>(17)</sup>.

Os ACSs estão desenvolvendo ações que não são de sua atribuição, as quais, além de consumir parte significativa do seu trabalho, descaracterizam-nos aos olhos da comunidade, que passa a vê-los como auxiliares de serviços gerais e de enfermagem, dando-lhes uma conotação de 'faz tudo' dentro do PSF.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília(DF): 1997. 36p.
2. Oliveira FJA, Berger CB. Visitas Domiciliares em Atenção Primária à Saúde: Equidade e Qualificação dos Serviços. Revista Mom. & Perspec. Saúde, Porto Alegre( RS) 1996 jul/dez; 9(2):69-74.
3. Ministério da Saúde (BR). Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília(DF): 2001.128p.
4. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 2000; 5(1):163-77.
5. Ministério da Saúde (BR). Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília (DF): 2001. 54p.
6. Buss PM. Promoção da Saúde da Família. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília (DF) 2002; 2(6):50-63.
7. Buss PM. Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Rio de Janeiro: Hucitec 1998.178 p.
8. Leavell H & Clark EG. Níveis de Aplicação da Medicina Preventiva. Medicina Preventiva. São Paulo: Mc Graw-Hill;1976.p.11-36.
9. Teixeira CO. Futuro da prevenção. Salvador (BA): Casa da Qualidade; 2001.114p.p.11.
10. Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. 2ª ed. São Paulo: HucitecUCITEC; 1999.300 p.
11. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método de enfermagem. São Paulo: Ícone;1996.144p.
12. Godoy AS. Pesquisa qualitativa. Tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas, São Paulo 2002;35(3):20-9.
13. Lefèvre F, Lefrève AMC. O Discurso do Sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. São Paulo: EDUCS; 2002.32p.
14. Ministério da Saúde (BR). Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil. Brasília (DF): 2002.82p.
15. Silva MJ. Agente de saúde: agente de mudança? A experiência do Ceará. Fortaleza (CE): UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1997.120p.
16. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.217p.
17. Assunção RS. O Agente Comunitário de Saúde e sua prática no Programa de Saúde da Família do município de Divinópolis (MG) [dissertação de mestrado em Enfermagem]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003. 167f.

Data de Recebimento: 12/05/2003

Data de Aprovação: 30/04/2004