

DIVERSIDADE DE PRÁTICAS E SABERES: O CASO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE NOVA CONTAGEM/ MINAS GERAIS ¹

DIVERSITY OF PRACTICES AND KNOWLEDGE: THE CASE OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN NOVA CONTAGEM, STATE OF MINAS GERAIS, BRAZIL

DIVERSIDAD DE PRÁCTICAS Y SABERES: EL CASO DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD EN EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA DE NOVA CONTAGEM/MINAS GERAIS

Marília Rezende da Silveira²
Roseni Rosângela de Sena³

RESUMO

Este artigo discute a inserção do Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família, em Contagem/MG, na perspectiva da promoção à saúde. Caracteriza-se como um estudo qualitativo, descritivo - analítico. Os instrumentos da coleta de dados consistiram na observação de campo e na entrevista individual. Os resultados apontam o ACS com perfil compatível para realização de tarefas de promoção da saúde e mobilização comunitária. Ficou explícito que seu trabalho tem resultado na cooperação de distintos profissionais com perspectivas de complementaridade e interdependência das ações, contemplando as dimensões técnica e ética no reconhecimento e consideração do trabalho do outro.

PALAVRAS-CHAVES: Promoção da Saúde, Saúde da Família, Auxiliares de Saúde Comunitária, Equipe de Saúde Comunitária.

ABSTRACT

This article discusses the insertion of Community Health Agents in the Family Health Teams in Contagem, State of Minas Gerais, from the point of view of health promotion. It is a qualitative, descriptive-analytical study. The data collecting tools were field observation and individual interviews. The results indicate that the community agent has a profile compatible with the tasks of health promotion and community mobilization. It became clear that the work of the health agent is effective when there is cooperation between different professionals complementing each other with interdependence, recognizing the technical and ethical dimension in recognizing and appreciating the work of others.

KEY WORDS: health promotion, family health, community health agent ; community health team.

RESUMEN

El presente artículo enfoca la inserción del agente comunitario de salud en el equipo de salud de la familia, en Contagem/MG, desde la perspectiva de promoción de la salud.

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo – analítico, cuya recopilación de datos se llevó a cabo con las siguientes herramientas: observación de campo y entrevista individual. Los resultados señalan que el perfil del ACS es compatible con la tarea que realiza de promover la salud y movilizar a la comunidad. Ha quedado explícito que su tarea da resultados positivos en la cooperación de distintos profesionales que buscan acciones complementarias e interdependientes, contemplando las dimensiones técnica y ética en lo referente a reconocimiento y consideración del trabajo del otro.

Palabras clave: promoción de la salud, salud de familia, auxiliares de salud comunitaria, equipo de salud comunitaria.

¹ Este artigo foi extraído da dissertação de mestrado intitulada: "A Inserção do Agente comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família: desafios e oportunidades, defendida em 23/02/2001 na Escola de Enfermagem da UFMG .

² Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG.

³ Professor Doutor da Escola de Enfermagem da UFMG.Orientadora da Dissertação

Endereço para correspondência: Av. Alfredo Balena, 190 - Centro – Belo Horizonte - MG CEP 30130-100

Email: marilia@polopsf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF), considerada como a principal estratégia para a reorientação da assistência à saúde a partir da atenção básica no âmbito do SUS, vem trazendo grandes avanços no processo de municipalização da saúde e contribuindo para a mudança do modelo assistencial vigente. Esta estratégia busca alavancar um novo modelo de atenção à saúde oferecendo uma melhor cobertura assistencial dirigida à família e à comunidade, incluindo ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e tratamento das doenças. Sabe-se, entretanto, que este cenário apresenta discussões recheadas de controvérsias e incertezas, uma vez que a assistência à saúde tem sido marcada, secularmente, por carências e limitações. Nesse artigo, destacamos a inegável cooperação de distintos trabalhadores que atuam no setor saúde e, entre eles, citamos o Agente Comunitário de Saúde (ACS), objeto deste estudo. Na proposta do PSF ele se apresenta com possibilidade e potencial para estabelecer um vínculo da equipe de saúde da família com o usuário e contribuir na inscrição da intersetorialidade, compreendida como um campo de saber e prática na produção de serviços de saúde.

Está preconizado pela portaria do Ministério da Saúde de que o ACS, no exercício de suas funções, deverá saber ler e escrever; residir na área de abrangência há pelo menos dois anos; dispor de 8 horas/dia para o trabalho; conhecer a população da área de abrangência da equipe; ter espírito de liderança, solidariedade e ser responsável por 400 a 750 habitantes⁽¹⁻²⁾. Sua atuação pressupõe aproximação efetiva com a população adscrita à unidade, conhecimento dos problemas sociais da comunidade, capacidade de comunicação, de aceitação e poder de influência para gerar críticas e assim contribuir para a qualidade de vida da população, a partir da visão holística integralizadora sobre o ser humano. O PSF define um conjunto de competências para o ACS, expressas tanto pelo elenco de ações propostas quanto pela variedade de tarefas a ele atribuídas. Este desempenho requer atitudes e habilidades específicas e atitudinais no processo de monitoramento à família no domicílio, uma vez que ele pontualmente está na linha de frente para receber as queixas da população e às vezes responder a elas. Nesse contexto, se insere esta pesquisa que teve como objeto de trabalho analisar a atuação do ACS na equipe de saúde da família no município de Contagem/MG.

DESENHO DO ESTUDO

Para captar e compreender a inserção do ACS como trabalhador de saúde no PSF, relacionando-o com a estratégia preconizada de reorientação da atenção básica no âmbito do SUS, optou-se por um estudo descritivo-analítico, de abordagem qualitativa. Essa opção ofereceu, entre outras possibilidades, uma flexibilidade analítica, favorecendo a etapa de decodificação do significado das informações, sem quantificação das mesmas, respeitando a experiência natural do pesquisado com o fenômeno em estudo.⁽³⁾ O referencial filosófico e metodológico deste estudo seguiu os princípios do Materialismo Histórico Dialético (MHD) por compreen-

der ser essa uma corrente filosófica que permite captar, compreender e explicar os fenômenos observados na realidade, a qual se encontra em um contínuo movimento.⁽⁴⁾ A perspectiva de se trabalhar sob a égide dessa concepção permitiu uma melhor visibilidade desse objeto de pesquisa em suas dimensões diversas e nos processos dinâmicos de transformação. Para atingir a realidade na qual se expressa o fenômeno desse estudo, foi captada a singularidade da prática do ACS, evidenciando suas particularidades no contexto da prática dos demais membros da equipe. A captação do singular e do particular possibilitou a aproximação da totalidade de suas práticas no modelo de atenção do PSF, contribuindo para a formulação da antítese e de uma nova tese.

AMBIENTE DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido na Regional Noroeste do município de Contagem localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte denominada Nova Contagem no ano de 2000. Esta Regional contava na época do estudo, com 15 equipes do PSF compostas, cada uma, por: 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 4 a 6 agentes comunitários de saúde totalizando, aproximadamente, 120 trabalhadores de saúde. Cada equipe atendia, cerca de, 617 famílias, e em média 154 famílias por microárea, sob a responsabilidade de um agente comunitário.

SUJEITOS DA PESQUISA

O grupo de entrevistados foi constituído por 10 ACS, 4 enfermeiros, 2 médicos e 4 auxiliares de enfermagem que atuam nas 15 equipes do PSF. Os critérios para a definição dos sujeitos consideraram:

- unidade básica com equipe completa do PSF há mais de um ano;
- ACS inserido no processo de trabalho há mais de um ano e exercendo suas atividades junto à população adscrita na sua área de abrangência;
- ACS ter passado pelo treinamento introdutório oferecido pela SMSA e PCFEP-SF.

Constatando-se que todas as quinze equipes do PSF de Nova Contagem se enquadraram nos critérios estabelecidos, foi necessário um sorteio, seguido da elaboração de uma lista por ordem numérica, para o início da coleta de dados.

Para assegurar maior confiabilidade ao instrumento, foi aplicado um pré-teste, em um dos componentes da primeira equipe do PSF sorteada, cujos dados não foram integralizados no estudo, porém, permitiram validar a questão norteadora. As entrevistas, totalizando 20, aconteceram respeitando a ordem do sorteio, sendo consideradas suficientes, para elucidar, momentaneamente, o fenômeno em estudo. As entrevistas foram encerradas quando nenhuma informação nova estava sendo acrescentada ao estudo.

A coleta de dados considerou os aspectos éticos legais de pesquisa, envolvendo seres humanos e orientou-se pela Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A cada sujeito informante foi entregue uma carta

de apresentação da pesquisadora, informando-o sobre o objetivo da pesquisa, a que se destinava a utilização dos dados e compromisso de sigilo quanto às informações cedidas. A concordância dos sujeitos informantes em participar do processo de investigação incluiu a autorização para a gravação, na íntegra, dos depoimentos e divulgação dos dados.

A CONSTRUÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS

Como forma de captar a realidade empírica, duas etapas foram consideradas: a observação direta do trabalho das equipes e a entrevista individual, com um roteiro semi-estruturado. Uma vez gravado, o conteúdo das entrevistas foi, em seguida, transcrito e procedeu-se à codificação com a perspectiva de se garantir o anonimato dos entrevistados. As entrevistas foram numeradas de 1 a 20, indicando a ordem em que foram realizadas. Na análise das informações obtidas através da entrevista individual, e após várias leituras, utilizou-se o procedimento analítico de Análise do Discurso, com o propósito de apreender os temas e as figuras de significação contidas no discurso e, em seguida, categorizá-los por similaridade⁽⁵⁻⁶⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A segmentação e interpretação dos textos narrativos possibilitaram a construção de duas categorias empíricas: **Organização das práticas sanitárias** que se articulou com as subcategorias denominadas **Modelo Assistencial e Vigilância à Saúde (VS)** e o **Processo de trabalho do ACS na equipe do PSF** com as subcategorias: **O trabalho do ACS; O ACS e a família; O ACS e a equipe.**

ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS SANITÁRIAS

Pode-se dizer que a passagem do modelo tradicional, tecnicista, biologicista, individual, para um inovador, mediante a adscrição da clientela a uma equipe multiprofissional, se apresentou como um movimento dinâmico e contínuo requerendo dos trabalhadores e da população convivência com as contradições, com os limites e possibilidades das atuais políticas emanadas pelos órgãos governamentais que se constroem e se reproduzem em um processo caracterizado por avanços e retrocessos. As possibilidades, aqui relacionadas, dizem respeito à concordância e ao apoio institucional, representado pelo então Secretário Municipal de Saúde, com aderência ao propósito de inversão do modelo assistencial vigente. Os limites são muitos, porém, destacam-se a necessidade de um maior suprimento de insumos, a disponibilidade de recursos humanos em qualidade e quantidade e um sistema eficaz de referência e contra-referência.

MODELO ASSISTENCIAL

Modelos assistenciais são formas de organização tecnológica concebida como modalidade de organização do trabalho e como um saber. São estruturados para o enfrentamento de problemas no processo de prestação do serviço de saúde.⁽⁷⁾ Hoje se convive, de forma con-

traditória ou complementar, com modelos assistenciais diversos, como o modelo médico assistencial privatista que enfatiza a assistência médico-hospitalar e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Essa prática, consolidada há anos, permeia o senso comum da população, a formação dos profissionais de saúde, configurando-se como um modelo hegemônico consolidado e direcionado pelo enfoque biologicista e por ações curativas.

Paralelamente, coexiste um modelo assistencial sanitário orientado por ações de natureza epidemiológica e sanitária pelo controle de vetores, imunização, educação e saúde, saneamento e atividades advindas dos programas especiais de saúde pública, emanadas pelo MS. Como modelo alternativo e estruturante, observa-se um movimento a favor da VS, enfatizando a importância de um marco explicativo do processo saúde/doença que integre e articule ações intersectoriais com intervenções específicas na promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação em dupla dimensão: individual e coletiva.⁽⁸⁾ No cenário deste estudo, a estratégia do PSF destaca-se como uma proposta de mudança da lógica da concepção tradicional do processo saúde/doença fundamentado na causa e efeito, de forte conotação da atenção médica, para o da produção social da saúde estabelecendo novas formas de gestão com o desenvolvimento de atividades inovadoras aproximando a população da produção/oferta e consumo das ações e serviços de saúde.⁽⁹⁾

Evidencia-se nos discursos dos entrevistados que hoje se trabalha com responsabilização da equipe do PSF pela área de abrangência, definida a priori. Tal fato remete para um deslocamento da figura do médico, considerado, secularmente, como eixo central da assistência à saúde, conforme se observa nos seguintes depoimentos

“... quer dizer, o ACS ajuda também nessa descentralização da figura do médico, muitas vezes a população procura o ACS para estar passando o seu caso. Não é só direto médico direto consulta. Ele também ajuda nessa... nessa descentralização mesmo da figura médica que é comum no outro modelo (ENF. 3.27)”...”a nossa equipe hoje trabalha com um número de famílias já definidas. O médico, o enfermeiro, tem que gostar do trabalho do PSF que é bem diferente de qualquer trabalho que faria o médico em um posto de saúde de só simplesmente atender um paciente que está doente e pronto. Você aqui é outra coisa. Você tem que saber que vai visitar famílias carentes, que muitas vezes a casa está suprema e você tem de apoiar no ACS para modificar o estilo de vida dessa família(Méd. I.40)”.

Esses discursos permitem revelar que as ações de saúde estão sendo compartilhadas com outros membros da equipe e que não se limitam ao atendimento oferecido na UBS, indo além dessa função primeira. As queixas dos indivíduos são vistas dentro e fora da UBS, e o grande desafio tem consistido em localizar a demanda individual no contexto social.

O ACS, reconhecido como espeque no PSF, encontra-se na linha de frente desse processo realizando a busca

ativa de pessoas com acometimentos e/ou enfermidades, monitorando a população nas suas queixas adversas e fazendo triagem dos casos clínicos e epidemiológicos para a equipe. Porém, a organização do trabalho, para atender a demanda espontânea, é uma característica que continua presente e hegemônica no atual modelo, em contraste com o crescente processo de mudança das práticas sanitárias. Relata-nos um entrevistado:

“... uma grande parte da demanda que aparece é encaminhada pelo ACS, paciente que passou mal e que está precisando da atenção médica. Mas a demanda espontânea, com certeza, é bem maior...” (MED. 2.43). Foi evidenciado que, no atual modelo assistencial, a doença assume a centralidade da organização dos recursos disponíveis no setor saúde e se subordina à técnica do ato médico.

VIGILÂNCIA À SAÚDE

A vigilância à saúde transcende o marco comum em que vigoram as práticas de saúde. Nela os meios de trabalho são a comunicação social, o planejamento e a programação local situacional e as tecnologias médico-sanitárias.⁽¹⁰⁾ No cenário desta pesquisa, observou-se que as ações do ACS estão direcionadas para prevenção da doença, conforme explicita este entrevistado:

“... O ACS está indo às casas, fazendo seu trabalho, orientando sobre como amamentar uma criança, como cuidar de um umbigo, né? E... a higiene, a alimentação, a vacina das crianças, cartões atrasados, então tudo isso está sendo um trabalho feito pelo ACS. Eu acho que isso está ajudando muito porque está fazendo o povo a ter uma certa cultura sobre o que é saúde, o que é uma higiene do próprio corpo, como cuidar dos seus filhos, né; este trabalho ajuda muito” (ACS 4.12).

Esse enunciado reafirma o papel estratégico do ACS nas equipes do PSF. Denota também que, ao realizar ações de natureza educativa eles contribuem para a mudança do estilo de vida da população, para a prevenção de agravos e a promoção da saúde. Todavia o trabalho intersectorial é insuficiente diante das demandas e necessidades de saúde da área em estudo.

O PROCESSO DE TRABALHO DO ACS NA EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Foi constatado, na observação de campo e nos dados das entrevistas, que o processo de trabalho das equipes apresentou características que podem ser relacionadas com o desenvolvimento de ações de saúde por diferentes trabalhadores que se apresentam com habilidades, qualificações e responsabilidades diferenciadas no desenvolvimento das ações. Na organização do processo de trabalho das equipes do PSF, o ACS assume o papel de realizar as ações de vigilância à saúde nos indivíduos e comunidade concorrendo, na execução de suas ações, para otimizar a qualidade e resolutividade dos serviços oferecidos, ampliando a participação da população no cotidiano da equipe. Suas atividades estão correlacionadas ao processo de trabalho desenvolvido pela equipe que define a princípio, prioriza e particulari-

za sua intervenção junto à população na produção do cuidado à saúde.

O TRABALHO DO ACS

A função do ACS nos serviços de saúde, com perfil ocupacional diferenciado em relação aos demais profissionais, muitas vezes aproximam-se às das funções exercidas pelos trabalhadores da enfermagem e outras vezes às das funções do assistente social, denotando uma contradição que ao mesmo tempo se encontra em harmonia na realidade concreta⁽¹¹⁾. Ele desenvolve atividades próprias dos diferentes campos de saberes, conforme se revela na fala:

“... O meu trabalho é de estar buscando, né? Não a doença, mas a causa e estar prevenindo a comunidade, né? A população, de estar crescendo e aumentando essa doença. E estar também, dando conselhos à população para estar conscientizando da causa da doença, de estar prevenindo antes que ela chegue, né? Mas, além disso, tem o trabalho também que é o trabalho social. De estar resgatando a cidadania da população, de estar fazendo ação educativa” (ACS 3.6).

Pode-se inferir que o ACS, ao realizar suas ações, estabelece relações com a população, orientando, encaminhando e acompanhando, tanto para evitar a propagação das doenças como sendo ouvinte das mazelas advindas do dia-a-dia. Suas ações, teoricamente, estão direcionadas para a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Essa é uma questão complexa, pois envolve uma mudança de estilo de vida e sabe-se que a influência da carga cultural sobre determinados cuidados inerentes ao processo saúde/doença faz com que o conhecimento popular sobressaia em relação ao saber científico.

O discurso dos entrevistados fez emergir uma compreensão acerca dessa questão:

“... a gente não fala para a mãe, ô mãe o filho da senhora não pode ficar jogando é... bola descalço não, no meio dessa água. Não, a gente tem que incentivar a mãe a falar e mostrar para ela porque é que não pode” (ACS 3:54)... ”eu oriento que ele tem que cuidar para não ficar jogando lixo no terreiro, deixando lixo espalhado, para estar queimando lixo, ou então colocando na coleta. Não ficar jogando em buraco, nem nada. E falo que o lixo causa rato e que o rato está trazendo vários tipos de doença, eu oriento isso” (ACS 5.34).

Percebe-se nesses discursos que o ACS se depara com situações de difícil intervenção, mas, com uma prática singular, tenta em um meio complexo e contraditório, orientar a população para adquirir comportamentos saudáveis e compatíveis com a qualidade de vida. Contudo, muitas vezes, a população ainda não legitima o seu lugar de trabalhador de saúde, talvez por entender que a sua inscrição neste espaço não se deu por um curso de formação específica, o que dificulta muitas vezes a adesão às suas recomendações

“... nós orientamos, só que a gente tem uma certa dificuldade com as pessoas, porque muitas vezes elas não aceitam o que a gente fala. Então para a gente

conversar com essas pessoas sobre a higiene da casa tem que saber como começar a falar” (ACS 1.34). Percebem-se, nesses discursos, dificuldades de orientação à população, pois, parece que ela se mostra pouco susceptível às alterações do modo de vida, tornando-se muitas vezes arredia. Isso evidencia a natureza dialética do processo e a dificuldade da população em absorver os princípios da promoção da saúde. Também demonstra que só orientações e informações não são suficientes para reverter esse quadro. Na situação estudada, as atividades mais referidas entre aquelas desenvolvidas pelo ACS dizem respeito a cadastramento e atualização das famílias na área de abrangência; identificação de famílias expostas a situações de risco; visitas domiciliares, com retorno aos demais membros da equipe sobre os problemas encontrados; busca ativa dos usuários sob controle nos programas de saúde oferecidos pela UBS.

Percebem-se conotações paradoxais nos discursos sobre o campo de suas ações. Apesar do reconhecimento da importância de seu papel de vigilância junto às famílias, no que se refere ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde, estas ainda estão voltadas para a doença e se sobressaem, o que é uma contradição ao papel que lhe é atribuído. A estratégia de incorporação do ACS aos serviços de saúde busca o horizonte da promoção à saúde e passa pelo desafio da capacitação permanente da equipe numa constante adequação às particularidades da diversidade do contexto social, político, cultural e econômico. A capacitação e o monitoramento de suas ações pela equipe se revelaram como tendências necessárias para garantir os pressupostos do PSF conforme se observa:

“... o trabalho da equipe flui melhor quando o ACS é bem treinado, né? Bem orientado para estar executando seu papel na comunidade...” (ENF 2.7).

A capacitação pode estabelecer mecanismos para a construção do conhecimento tanto para a equipe quanto para a comunidade e esse processo deve ser contínuo e permanente.

O ACS E A FAMÍLIA

Percebe-se, na área da saúde, um movimento em prol da focalização da família no seu contexto social, expresso nas iniciativas das políticas públicas governamentais e que incluem na agenda, a família e a comunidade como um espaço privilegiado de intervenção, reconhecida como instância favorável à abordagem e intervenção conjunta de alguns problemas que afetam o núcleo familiar. O PSF, centrado na dinâmica da família, vem acrescentando importância no êxito da estratégia ora preconizada, uma vez que é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliar, um campo onde as relações pessoais e afetivas se sobressaem.⁽¹²⁾

A abordagem de maneira integrada e articulada torna-se premente para o enfrentamento desta concepção e nesse processo é o ACS que estabelece vínculos de compromisso e co-responsabilidade da equipe com a família por estar ele próximo do cotidiano da POPULAÇÃO. Para um entrevistado,

“... o ACS é fundamental por causa do elo de comunicação que eles formam entre a comunidade e a equipe de saúde. Por ser um morador da comunidade, conhecem bem a realidade desta população, os problemas que eles enfrentam. Acho que a comunidade se sente mais à vontade com o ACS para estar passando muitos problemas que, às vezes, não passa para nenhum outro componente da equipe” (ENF 2.3).

Este discurso reafirma ser o ACS um elemento conectivo entre a população e o serviço de saúde, aguçando o senso comunitário.

O ACS E A EQUIPE

A concepção de equipe está vinculada à de processo de trabalho e sujeita-se às transformações pelas quais este vem passando ao longo do tempo. Não há como conceber a equipe à margem do processo de trabalho. No contexto de aprimorar as metas preconizadas pelo PSF, o trabalho em equipe pode ser entendido como uma tática de otimização do cuidado onde, cada um, individual e coletivamente, representa uma possibilidade de parceria própria, particular, no desenvolvimento das ações, na complementaridade do conhecimento e no enriquecimento mútuo.⁽¹³⁾ Tal fato se constitui em uma questão inovadora, traduzida, hipoteticamente, em melhoria de qualidade dos serviços, humanização do atendimento e alargamento das respostas terapêuticas. Reconhece-se que a diversidade de conhecimentos e habilidades deve enriquecer o trabalho como um todo e, dessa forma, aumentar as chances de atingir o objetivo precípua do PSF, ou seja, a coordenação do cuidado ao indivíduo, à família e a comunidade. Para uma entrevistada:

“... O ACS faz busca ativa da comunidade, traz os problemas para a equipe resolver e a gente vai fazendo as visitas também, atrás dos agentes, né? Com as informações que o ACS traz, é possível a equipe traçar um plano de ação” (ENF. 4.21).

Pode-se inferir que o fato do processo de trabalho do ACS estar mais próximo à população favorece o desenvolvimento das atividades dos outros membros da equipe. Paralelamente, a equipe torna-se referência para resolução dos problemas detectados, respaldando assim, suas ações. Outra evidência feita a partir das observações e dos discursos diz respeito à inserção do ACS no processo de trabalho da equipe. A referida inserção dependerá da aceitação, da orientação e do acompanhamento dos profissionais no rol de suas atividades. Para outra entrevistada:

“... a função do ACS é essencial na equipe. Ela traduz todo um trabalho de mudança de saúde pública. Ele traz os problemas, as falas da população, para a equipe intervir. Então, isso facilita muito o trabalho da gente como equipe, porque dá a gente vai diversificando as nossas atividades...” (ENF. 3.7”).

Neste discurso, percebe-se que o trabalho do ACS tem contribuído para a cooperação dos distintos profissionais, com perspectiva de complementaridade e com interdependência das ações, contemplando a dimensão técnica e ética no reconhecimento e na consideração ao trabalho do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia de Saúde da Família vem se colocando como um elemento potencializador e oportuno rumo à construção de uma nova ética social, orientada pela possibilidade de mudança do modelo assistencial, alicerçada pelos princípios do acesso, pela qualidade no acolhimento humanizado, pelo vínculo social e inscrevendo a intersectorialidade como campo de saber e prática. Esta questão suscita o repensar das ações de saúde sob a égide de um novo paradigma. A lógica da doença, centrada no atendimento individual/curativo, é deslocada para a prevenção de agravos e promoção à saúde. Esse processo implica a construção social de um novo sistema de saúde. Os dados analisados permitem reconhecer que o trabalho do ACS tem relação de complementaridade em relação aos demais profissionais. Contudo percebem-se contradições e expectativas neste modelo. A promoção à saúde transcende o setor saúde. Ressalta-se também que, a despeito da incorporação do trabalho do ACS na equipe - que notadamente hoje ganha outros contornos - a ampla utilização de mão-de-obra não qualificada para exercer as mais diversas ações nesse campo torna-se um paradoxo para um sistema de saúde que se propõe ser resolutivo e com qualidade e que reconhece ser o trabalho do ACS complementar ao da equipe. A estratégia do PSF revelou neste estudo uma série de problemas na sua execução. Há que se reconhecer, porém, a incorporação de tecnologias no processo de trabalho, no planejamento e na programação das equipes que têm potencialidade e podem ser estruturantes para a construção de outros modelos de atenção à saúde. Todavia, faltam evidências de que essa estratégia seja suficiente para reorientar as atuais práticas sanitárias. A vontade política e a integração entre as diversas áreas do governo, com olhar intersectorial, são fundamentais ao entendimento da promoção da saúde como uma função do conjunto da sociedade e das instituições.

O estudo permitiu evidenciar que a estratégia do PSF apresentou pontos positivos. É importante que, conscientes da necessidade de mudanças no setor, possamos acreditar nelas e continuar construindo o novo modelo de assistência à saúde. Finalmente o estudo permitiu destacar como aspectos proeminentes: a capacidade do ACS em articular com os demais integrantes da equipe; o diferencial que ele faz nas ações de promoção da saúde por estar mais próximo à vida cotidiana da população e dos grupos vulneráveis a situações de risco; o papel secular dos agentes de saúde nas políticas de saúde o qual, a partir do PSF, ganha novo nome- atribuições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília: Diário Oficial da União, 22 de dezembro de 1997. Portaria n. 1886 de 18 de dezembro de 1997.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, Ministério da Saúde. 1997.
- 3- Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1999.
- 4- Vazquez AS. Filosofia da práxis. 2a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.
- 5- Mainguenu D. Novas tendências em análise do discurso. 3a ed. Campinas, SP: Pontes; 1997.
- 6- Fiorin JL. Elementos da análise do discurso. 5a ed. São Paulo: Contexto; 1997.
- 7- Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
- 8- Paim JS. Reforma Sanitária e os modelos assistenciais In: Rouquayrol M.Z. Epidemiologia e Saúde. 5a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
- 9- Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
- 10- Teixeira CMI. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. FNS, IESUS, Brasília, 1998 abr/jun.; 7 (2): 7-34 .
- 11- Nogueira RP. A análise institucional de um trabalhador sui generis, o agente comunitário de saúde. Texto para discussão, encaminhado para publicação, fevereiro, 2000.
- 12- Chauí M. Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1986.
- 13- Piancastelli CH; Faria HP; Silveira, M. R. O trabalho em Equipe. In: Santana JP. Organizador. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2000. p. 45-50