



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**PROMOÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A ATUAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS**

Pamela Staliano

Brasília, abril 2012



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**PROMOÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A ATUAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS**

Pamela Staliano

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração: Psicologia da Saúde.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Brasília, abril 2012

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

TESE DE DOUTORADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a. Tereza, Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Presidente
Universidade de Brasília (UnB)

Prof^a. Dr^a. Angela Elizabeth Lapa Coêlho - Membro
Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Prof^a. Dr^a. Luciana Carla Barbosa de Oliveira - Membro
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Prof^a. Dr^a. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira - Membro
Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Dr. Oviromar Flores - Membro
Universidade de Brasília (UnB)

Prof^a. Dr^a. Larissa Polejack Brambatti - Membro Suplente
Universidade de Brasília (UnB)

Brasília, abril 2012

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que se fizeram presentes ao longo desses quatro anos de estudos. Agradecer pela força, pelas palavras, pelo afago, pelo ombro amigo, pela distração, pelos ensinamentos, pelos sorrisos, pelas lágrimas enfim, pelo apoio e carinho de todos que me ajudaram a persistir e finalizar esta etapa. Levo comigo ensinamentos não só acadêmicos, mas lições de vida que aprendi pelos lugares onde passei e com as pessoas que conheci.

Agradeço a Deus, pelo dom da vida. Ele que ilumina e guia meus passos, meu caminho, dia a dia me reerguendo quando as forças parecem estar no fim. Senti Sua presença em inúmeros momentos ao longo desse período e mais intensamente no processo de finalização do trabalho.

A meus pais, Maria Irani e Antônio, eles que com todo amor, carinho e dedicação, me ensinaram a acreditar que tudo é possível, basta que lutemos por aquilo que acreditamos. Mesmo distantes se fizeram muito presentes e não mediram esforços para me apoiarem seja emocional ou financeiramente, até que a tão sonhada bolsa saísse.

À minha querida irmã, que mesmo distante, me apoiou e incentivou, com seu bom humor, dizendo, em nossas conversas constantes pelo MSN, que meus trabalhos e apresentações seriam uma ‘belezura’.

À professora Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo, pela acolhida em Brasília, pela ajuda em todos os momentos, tanto pessoais quanto profissionais, por sua amizade, seu tempo doado com dedicação nas orientações, por seu cuidado e principalmente, pela confiança depositada em mim durante a realização desse trabalho.

Às minhas queridas amigas Caroline, Clarissa, Lílian e Maíra, por estarem comigo nos momentos difíceis e nos momentos de descontração, pela palavra amiga, pela troca de ideias, pelo incentivo e por fazerem parte de uma fase importante da minha vida. A presença de vocês minimizou a dor pela ausência da minha família e amigos de Campo Grande, MS.

A uma pessoa muito especial, Edson Tarifa, que esteve presente com paciência, me apoiando, incentivando e encorajando sempre com muito carinho e compreensão, acreditando no meu sucesso, me proporcionando momentos de alegria, sorrisos, felicidade e amor quando mais precisei. Obrigada por ter estado ao meu lado mesmo que distante.

Agradeço às minhas amigas, com quem compartilhei tempos felizes, Andréia, Ilda, Leana e Laila. Obrigada por estarem comigo quando mais precisei, dividindo não só a casa como todos os sentimentos e as dificuldades de estar longe da família.

À querida professora e amiga Angela Elizabeth Lapa Coêlho, por ter despertado em mim o gosto pela pesquisa, por ter me guiado nos primeiros passos de minha trajetória acadêmica. Foi um prazer tê-la como orientadora na graduação e no mestrado.

Aos membros da minha banca, professoras Angela Elizabeth Lapa Coêlho, Clélia Maria de Souza Ferreira Parreira, Larissa Polejack Brambatti, Luciana Carla Barbosa de Oliveira e professor

Oviomar Flores, obrigada pela disponibilidade, pelas contribuições apresentadas ao meu trabalho e pela delicadeza com que me ajudaram a melhorá-lo.

Aos responsáveis pela autorização da pesquisa, supervisores da Estratégia Saúde da Família, tanto no Distrito Federal quanto em Campo Grande, MS.

Aos agentes comunitários das Unidades Básicas de Saúde: da Cidade Estrutural, Aero Itália e Estrela Dalva, que aceitaram prontamente participar da pesquisa e me ajudarem a produzir conhecimento.

Aos funcionários da secretaria de pós-graduação, pela atenção e informes prestados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo importante auxílio financeiro.

RESUMO

Em conformidade com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, diversos textos normativos estabelecem que, em seu exercício profissional, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve desenvolver ações de caráter educativo em prol da prevenção de doenças e da promoção da saúde. No entanto, apesar da ênfase em comum no cuidado em saúde, prevenção e promoção envolvem objetivos e estratégias específicos, os quais não parecem ser claramente discriminados pelos profissionais da área. De fato, o trabalho em saúde é uma prática social que não se limita à aplicação direta de conhecimentos científicos e/ou normas técnicas, pois se constrói por meio das relações com os membros de uma comunidade. Tais interações no âmbito da Saúde Comunitária abrangem trocas comunicacionais entre usuários-profissionais, usuários-usuários e profissionais-profissionais que exigem muitas inovações e impõem permanentes desafios nos planos científico, social e profissional. Considerando, portanto, a relevância da temática, realizou-se uma investigação com o objetivo geral de descrever, analisar e compreender a comunicação estabelecida entre ACSs e usuários em intervenções da atenção básica no Centro-Oeste. Para tanto, organizou-se a pesquisa de campo em dois estudos. O Estudo 1 foi conduzido com cinco ACSs selecionados (sendo um de cada equipe do programa Estratégia Saúde da Família) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal. A coleta de dados abrangeu múltiplos procedimentos: a) entrevistas individuais sobre saúde, doença, promoção, prevenção e comunicação; b) registro observacional cursivo e categórico dos comportamentos verbais dos ACS durante visitas domiciliares; e c) atividade grupal, denominada ‘Oficina de Promoção da Saúde’ (uma sessão). O Estudo 2 teve a participação de ACSs recrutados em duas UBSs do município de Campo Grande, MS (respectivamente 22 e 25 profissionais). Adotaram-se procedimentos de coleta semelhantes, porém a atividade grupal foi ampliada (cinco sessões) para constituir uma capacitação – com foco em promoção e comunicação – destinada a uma UBS. Já na outra UBS, foi realizado um grupo de apoio. O material obtido, em ambos os estudos, foi categorizado e analisado de acordo com as recomendações previstas para cada técnica empregada. Os resultados indicaram que, em sua maioria, os participantes têm uma visão positiva da saúde, reconhecem a interação entre fatores sociais, psicológicos e físicos e associam promoção da saúde às informações e orientações transmitidas no intuito de mudar hábitos de vida não-saudáveis. Contudo, constataram-se dificuldades na distinção entre promoção da saúde e prevenção de doenças, as quais se revelaram tanto nas concepções expressadas, quanto nas práticas observadas. Evidenciaram-se, ainda, modalidades típicas de comunicação, como os comportamentos como ‘dar ordens’ e ‘fazer ameaças’, os quais podem ser vinculados ao modelo biomédico, em que uma postura ‘mais centrada’ no profissional costuma ser adotada. Em contrapartida, também manifestaram comportamentos orientados a iniciar interações, transmitir confiança, aprofundar trocas comunicacionais para promover hábitos saudáveis e adesão a tratamento, os quais tendem a se associar aos pressupostos do modelo biopsicossocial. Em suma, são necessários mais estudos sobre

o tema abordado no presente trabalho, visando, sobretudo, subsidiar programas de desenvolvimento de competências em comunicação, voltados especialmente para os ACSs e as equipes que atuam em atenção básica.

Palavras-chave: comunicação; promoção da saúde; prevenção de doenças; agentes comunitários de saúde

ABSTRACT

In accordance with the principles and guidelines of the Universal Health Care System, several normative texts state that, in their professional practice, the Community Health Agent (CHA) must develop educational actions in favor of disease prevention and health promotion. However, despite the joint emphasis in health care, prevention and promotion involve specific objectives and strategies, which do not seem to be clearly discriminated by the professionals of the field. In fact, the work in health is a social practice that is not limited to the direct application of scientific knowledge and/or technical regulations, as it is built through relationships with the members of a community. Such interactions within the Community Health Care cover communication exchanges among users-professionals, users-users and professionals-professionals that demand many innovations and impose permanent challenges in the scientific, social and professional levels. Therefore, considering the relevance of the issue, an investigation was performed with the overall goal to describe, analyze and understand the established communication between CHAs and users in interventions of elementary care in the Midwest. To this end, a fieldwork in two studies was organized. Study 1 was conducted with five CHAs selected (one from each team being from the Strategy Family Health Program) in a Basic Health Unit (BHU) of Brasília. Data collection included multiple procedures: a) individual interviews on health, disease, promotion, prevention and communication; b) cursive and categorical observational record of verbal behaviors of CHAs during home visits, and c) group activity, called 'Health Promotion Workshop' (one session). Study 2 had the participation of CHAs recruited in two BHUs from Campo Grande, MS (respectively 22 and 25 professionals). Similar collection procedures were adopted, but the group activity was expanded (five sessions) to build a work improvement - focused on promotion and communication - aimed at a BHU. In the other BHU, a support group was carried out. The obtained material, from both studies, was categorized and analyzed according to the provided recommendations for each used technique. The results indicated that, in most cases, participants have a positive view of health, they recognize the interaction of social, psychological and physical factors and they associate health promotion to information and guidance conveyed in order to change unhealthy life habits. However, difficulties were found in distinguishing between health promotion and disease prevention, which were found in the expressed conceptions, as well as in the observed practices. Also, typical modes of communication, such behaviors as 'giving orders' and 'threatening' were seen, which can be linked to the biomedical model, in which a 'more focused' in the professional posture is usually adopted. On the other hand, behaviors oriented to initiate interactions, convey trust, deepen communication exchanges to promote healthy habits and adoption of treatment were also manifested, which tend to be associated with the assumptions of the biopsychosocial model. Briefly, more studies on the subject of the present work are necessary, aiming, mainly, to subsidize

programs of development of competences in communication, especially for the CHAs and the teams working in elementary care.

Keywords: communication; health promotion; disease prevention; community health agents

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	viii
LISTA DE QUADROS E TABELAS.....	xiv
LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS.....	xv
INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO 1. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS): UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA.....	23
1.1. Agente Comunitário de Saúde: Protagonismo Social e Desafios.....	23
1.2. Evolução Histórica da Formação do ACS.....	36
1.3. Agente Comunitário de Saúde: Atuação e Papel Educativo.....	27
1.4. Panorama de Estudos e Pesquisas com Agentes Comunitários de Saúde.....	29
CAPÍTULO 2. PROMOÇÃO DA SAÚDE: DELIMITAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL...39	
2.1. Delimitação Conceitual.....	39
2.2. Aspectos Históricos.....	44
2.3. O Contexto Brasileiro.....	45
2.4. Prevenção de Doença e Promoção da Saúde.....	46
2.5. Teorias de Mudança de Comportamento Aplicadas à Saúde.....	48
2.5.1. Teorias com Foco nos Usuários.....	49
2.5.1.1. Modelo de Crenças em Saúde.....	49
2.5.1.2. Teoria da Ação Racional.....	50
2.5.1.3. Modelo Transteórico.....	51
2.5.2. Teorias com Foco na Comunidade.....	51
2.5.2.1. Teoria da Difusão da Inovação.....	52
2.5.2.2. Teoria da Influência Social.....	52
2.5.3. Teorias com Foco nos Fatores Estruturais e Ambientais.....	53
2.5.3.1. Modelo Ecológico Social para a Promoção da Saúde.....	53
2.5.3.2. Teoria para a Mudança Individual e Social.....	53
2.6. Promoção da Saúde e Empoderamento: um Diálogo Possível.....	54
CAPÍTULO 3. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: PERSPECTIVAS CONCEITUAIS E PRÁTICAS EM SAÚDE COMUNITÁRIA.....	57
3.1. Delimitação Conceitual.....	57
3.2. Comunicação e Atenção Básica.....	59
3.3. Comunicação e Educação em Saúde.....	64
3.4. Humanização em Saúde.....	66
3.5. Fatores Dificultadores e Facilitadores da Comunicação em Saúde.....	68

3.6. Psicologia da Saúde e Comunicação: Explorando Interfaces.....	71
3.7. Promoção, Prevenção e Comunicação: Articulando Conceitos em Saúde Comunitária.....	75
CAPÍTULO 4. PESQUISA DE CAMPO.....	76
4.1. Objetivos.....	76
4.2. Método.....	76
4.2.1 Delineamento da Pesquisa.....	76
4.2.2. Estudo 1.....	77
4.2.2.1. Local.....	77
4.2.2.2. Participantes.....	77
4.2.2.3. Instrumentos.....	78
4.2.2.4. Procedimentos Éticos.....	78
4.2.2.5. Procedimentos de Coleta de Dados.....	79
4.2.2.6. Procedimentos de Análise.....	80
4.2.3. Estudo 2.....	81
4.2.3.1. Local.....	81
4.2.3.2. Participantes.....	81
4.2.3.3. Instrumentos.....	81
4.2.3.4. Procedimentos Éticos.....	81
4.2.3.5. Procedimentos de Coleta de Dados.....	82
4.2.3.6. Procedimentos de Análise.....	83
CAPÍTULO 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	85
5.1. Estudo 1.....	85
5.1.1. Perfil dos Participantes.....	85
5.1.2. Discutindo o Conceito de Saúde.....	87
5.1.3. Promoção da Saúde x Prevenção de Doenças.....	88
5.1.4. Registros Observacionais em Situação de Visita Domiciliar.....	90
5.1.4.1. Finalidade dos Recursos Comunicacionais.....	90
5.1.4.1.1. Incentivo à Participação.....	91
5.1.4.1.2. Incentivo à Interação.....	91
5.1.4.1.3. Comunicar Informações.....	91
5.1.4.2. Recursos Comunicacionais.....	93
5.1.4.2.1. Recursos que Facilitam.....	93
5.1.4.2.2. Recursos que Dificultam.....	94
5.1.5. Comunicação do ACS.....	95
5.1.6. Oficina de Promoção da Saúde.....	97
5.1.6.1. Repertórios de Palavras Associadas à Promoção da Saúde.....	97

5.1.6.2. Construção Coletiva do Conceito de Promoção da Saúde.....	98
5.1.7. Sistematização dos Resultados.....	101
5.2. Estudo 2.....	103
5.2.1. Perfil dos Participantes.....	103
5.2.2. Entrevistas Individuais.....	106
5.2.3. Formulário de Atividades.....	114
5.2.4. Registro do Comportamento Profissional Anterior às Intervenções.....	125
5.2.4.1. Finalidade dos Recursos Comunicacionais.....	125
5.2.4.1.1. Incentivo à Participação.....	125
5.2.4.1.2. Incentivo à Interação.....	127
5.2.4.1.3. Comunicar Informações.....	128
5.2.4.2. Recursos Comunicacionais.....	130
5.2.4.2.1. Recursos que Facilitam.....	130
5.2.4.2.2. Recursos que Dificultam.....	132
5.2.5. A Capacitação.....	133
5.2.6. O Grupo de Apoio.....	140
5.2.7. Avaliação das Intervenções (capacitação e grupo de apoio).....	142
5.2.7.1. Finalidade dos Recursos Comunicacionais (capacitação).....	142
5.2.7.2. Recursos Comunicacionais (capacitação).....	146
5.2.7.3. Comparação dos Subsistemas: Finalidade dos Recursos Comunicacionais e Recursos Comunicacionais (grupo de apoio).....	147
5.2.8. Relações entre Concepções e Comportamentos dos Participantes.....	148
5.3. Sistematização dos Resultados do Estudo 2.....	150
5.4. Possíveis Comparações entre os Estudos 1 e 2.....	152
5.5. Limitações do Estudo.....	154
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
REFERÊNCIAS.....	160
ANEXOS.....	177
A – Roteiro da Entrevista Individual.....	177
B – Protocolo de Observação da Atuação Profissional do ACS.....	178
C – Modelo Adaptado de Metodologia da Oficina.....	180
D – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para o Estudo 1.....	184
E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Estudo 1.....	185
F – Formulários da Oficina do Estudo 1.....	186
G – Roteiro da Capacitação do Estudo 2.....	190
H – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para o Estudo 2.....	194
I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Estudo 2.....	195

J – Formulário de Atividades do ACS.....	196
K – Roteiro do Grupo de Apoio do Estudo 2.....	199
L – Exemplos de Preenchimento do Protocolo de Observação.....	202
M – Descrição das Categorias Observacionais Utilizadas para os Estudos 1 e 2.....	209
N – Formulários de Registro da Capacitação.....	212

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1. Estudos que investigam conhecimentos, percepções e crenças dos ACSs.....	30
Tabela 2. Caracterização sobre prevenção de doenças e promoção da saúde.....	41
Tabela 3. Caracterização dos participantes do Estudo 1.....	85
Tabela 4. Palavras associadas ao termo promoção da saúde.....	97
Tabela 5. Caracterização dos participantes das amostras.....	104
Tabela 6. Cronograma de atividades da capacitação.....	133
Tabela 7. Palavras associadas ao termo promoção da saúde na capacitação.....	134
Tabela 8. Cronograma das atividades do grupo de apoio.....	140
Tabela 9. Perfil profissional dos ACSs.....	149
Quadro 1. Níveis de aplicação da medicina preventiva.....	43
Quadro 2. Percepção comparativa de promoção da saúde e prevenção de doenças.....	89
Quadro 3. Modalidades de comunicação emitidas pelo ACS 4.....	95
Quadro 4. Modalidades de comunicação emitidas pelo ACS 5.....	96
Quadro 5. Discussão de um caso ilustrativo de atuação em promoção da saúde durante a oficina.....	99
Quadro 6. Concepções dos ACSs sobre saúde e doença.....	107
Quadro 7. Fatores que favorecem e que dificultam o trabalho em promoção da saúde.....	110
Quadro 8. Competências que favorecem o empoderamento.....	123
Quadro 9. Exemplos de atuação nos eixos orientados pela PNPS.....	138

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1. Distribuição percentual dos temas dos cursos destinados aos ACSs.....	35
Gráfico 2. Concepções dos ACSs sobre saúde.....	87
Gráfico 3. Comparação da finalidade dos recursos comunicacionais utilizados pelos ACSs.....	93
Gráfico 4. Comparação dos recursos comunicacionais utilizados pelos ACSs.....	94
Gráfico 5. Ações realizadas pelos ACSs em relação à Integração da equipe com a população local.....	115
Gráfico 6. Atividades desenvolvidas pelos ACSs relacionadas à competência Planejamento e Avaliação.....	116
Gráfico 7. Ações realizadas pelos ACSs em relação à Promoção da saúde.....	118
Gráfico 8. Ações de Prevenção e monitoramento de riscos ambientais e saúde realizadas pelos ACSs.....	120
Gráfico 9. Ações de Prevenção e monitoramento de grupos especiais e morbidades informadas pelos ACSs.....	121
Gráfico 10. Comparação das frequências comportamentais de incentivo à participação entre as UBSFs.....	126
Gráfico 11. Comparação das frequências comportamentais de incentivo à interação entre as UBSFs.....	127
Gráfico 12. Comparação das frequências comportamentais de comunicar informações entre as UBSFs.....	129
Gráfico 13. Frequências dos recursos que facilitam entre as UBSFs.....	131
Gráfico 14. Frequências dos recursos que dificultam entre as UBSFs.....	132
Gráfico 15. Comparação das frequências comportamentais de incentivo à participação dos participantes da capacitação.....	143
Gráfico 16. Comparação das frequências comportamentais de incentivo à interação dos participantes da capacitação.....	144
Gráfico 17. Comparação das frequências comportamentais de comunicar informações dos participantes da capacitação.....	145
Gráfico 18. Frequências dos recursos que facilitam entre os participantes da capacitação.....	146
Gráfico 19. Frequências dos recursos que dificultam entre os participantes da capacitação.....	146
Gráfico 20. Comparação da finalidade dos recursos comunicacionais utilizados pelos ACSs da UBSF2.....	147

Gráfico 21. Comparação dos recursos comunicacionais utilizados pelos ACSs da UBSF2.....	148
Figura 1. Esquema de articulação conceitual.....	75
Figura 2. Esquema representativo da sistematização dos resultados.....	102
Figura 3 – Esquema representativo da sistematização dos resultados do Estudo 2.....	151

INTRODUÇÃO

A criação e aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), inicialmente postulado pela Constituição em 1988 e regulamentado dois anos mais tarde, caracterizam-se como um marco importante para o entendimento que atualmente se possui sobre os temas centrais que são discutidos neste trabalho – promoção da saúde e comunicação.

Nesta época também ocorre a implantação dos principais programas que norteiam as ações dos profissionais na atenção básica à saúde – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), com início das atividades em 1991 e 1994, respectivamente, concebidos com o objetivo de inverter o modelo de assistência vigente de ações curativas e remediadoras visando oferecer serviços preocupados com a saúde integral dos usuários para priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Surgindo assim, o ator que protagoniza este estudo, o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Tendo em vista este panorama de mudança assistencial em saúde acredita-se ser importante situar as premissas que norteavam as ações, bem como, as que se preconizavam como essenciais à mudança, tanto na esfera do saber quanto na do fazer. Para tanto procurou-se estabelecer a relação entre o campo da saúde pública e da saúde coletiva, diferenciar os dois principais modelos assistenciais e ainda, pontuar os pressupostos da área da Psicologia que este trabalho se insere e que somou esforços para a edificação e fortalecimento deste panorama – a Psicologia da Saúde Comunitária.

Em linhas gerais, entendia-se por saúde pública movimentos que visavam controlar, em um primeiro momento, as endemias que ameaçavam a ordem econômica vigente e, posteriormente, atuando como controle social ao buscar a erradicação da miséria, desnutrição e analfabetismo (Birman, 2005; G. W. S. Campos, 2000; Paim & Almeida Filho, 1998).

A saúde pública contribuiu sobremaneira para uma nova configuração da saúde, sendo responsável pela disseminação das estratégias de prevenção de doenças. Contudo, os vários modelos de saúde pública não conseguiram estabelecer uma política democrática e efetiva, que ultrapassasse os limites interdisciplinares, ou seja, ainda permaneciam centrados na figura hegemônica do médico (Birman, 2005; G. W. S. Campos, 2000; Paim & Almeida Filho, 1998).

Nesta esfera, diante da necessidade de construção de um campo teórico-conceitual, que rompesse com o modelo científico biologicista da saúde pública, surge a saúde coletiva, comungando da perspectiva de que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela Medicina. Este novo modelo dava maior ênfase na relação “promoção-saúde-doença-cuidado”, por meio de maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, saúde, sofrimento e morte (Birman, 2005; Paim & Almeida Filho, 1998).

Os autores Saforcada, Lellis e Mozobancyk (2010) complementam ainda que o paradigma da saúde coletiva é amplamente superior ao paradigma tradicional da saúde pública. Mesmo que

em ambos o componente principal de suas estratégias de ação seja a equipe de saúde, na pública a equipe é basicamente monodisciplinar, com ênfase no médico e no enfermeiro, e a comunidade é entendida como um componente colaborador das ações. Já na saúde coletiva, a composição da equipe é multidisciplinar e a comunidade, além de colaborar, participa decidindo sobre o processo saúde-doença-cuidado.

A Psicologia Comunitária, por sua vez, no contexto latino-americano, origina-se no âmbito da Psicologia Social, por meio dos movimentos de crise e transformação da área. Sua proposta residia em construir uma Psicologia que rompesse com a dualidade entre o social e o individual, eliminasse a visão individualista e psicologizante do ser humano, propondo-se a trabalhar com grupos e refletir sobre assuntos e problemáticas dos setores sociais e políticos, procurando ainda potencializar as comunidades por meio de práticas e saberes compartilhados. Uma Psicologia comprometida com a realidade da população, preocupada também com sua saúde e qualidade de vida, que só podem ser alcançadas com acesso digno e igualitário à educação, cultura, habitação, lazer e saúde (Cruz, Freitas & Amoretti, 2008; Nepomuceno, Ximenes, Cidade, Mendonça & Soares, 2008).

Diante deste contexto e, a partir da constatação de que estudar os seres humanos isolados da sociedade reforça uma visão fragmentada da realidade, a Psicologia começa a ocupar paulatinamente outros espaços de investigação e análise, como por exemplo, o ambiente comunitário e a saúde coletiva. A partir de então, ela passa a buscar alternativas para minimizar os problemas sociais e fortalecer as potencialidades humanas, visando à promoção da saúde e a melhoria das condições de vida da população (Cruz et al., 2008).

É justamente no solo em que a saúde se torna pública, para depois se transformar em coletiva, que a Psicologia da Saúde Comunitária se edifica e ganha adeptos. Saforcada et al. (2010) afirmam que o paradigma da Psicologia da Saúde Comunitária envolve um conjunto de conceitos e práticas que não surgiram das iniciativas provenientes do âmbito acadêmico, mas das comunidades. Tudo isso somente faz sentido aos profissionais quando estes adotam uma atitude de grande abertura para a co-construção do conhecimento.

Sendo assim, as temáticas centrais deste trabalho – promoção da saúde e comunicação – são dialogadas sob a perspectiva teórica da Psicologia da Saúde Comunitária, uma vez que, neste contexto, a saúde envolve elementos de natureza multidimensional (eco-sócio-orgânico-psicológico), não sendo entendida meramente como ausência de doenças. Góis (2008) argumenta que a Saúde Comunitária está pautada na criação de estruturas de referência, mobilização e aprendizado na e da comunidade, o que estimula e favorece a participação dos profissionais da saúde e moradores em geral.

Sob este prisma, os movimentos sociais e ecológicos contribuíram sobremaneira para a democratização da saúde no país, cujas práticas estão orientadas, principalmente, para a promoção, prevenção, educação, humanização, acolhimento, atenção primária e controle social (Góis, 2008).

Outra questão que assumiu diversas configurações ao longo deste processo de mudança consiste na concepção do processo saúde-doença, que repercute diretamente no modelo assistencial adotado pelo profissional da saúde. É possível perceber que ao longo dos anos, a definição de saúde vem se ampliando, incorporando diversas dimensões da vida humana, culminando no entendimento difundido atualmente, o de saúde ampliada. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, divulga uma definição que rompe com a concepção de saúde meramente como ausência de doença, reportando-se ao estado de completo bem-estar físico, mental e social. Conceito que reforça a ideia de que a saúde é um direito humano fundamental (Segre & Ferraz, 1997).

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, outros elementos são agregados na definição de saúde, como as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Esta concepção mostra que saúde é o resultado das formas de organização social da produção, havendo a necessidade de se articular os diversos setores sociais e econômicos com o setor saúde (Buss, 2000).

No mesmo ano, durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, outras variáveis foram somadas a esta definição e as condições necessárias para a existência de saúde consistem em: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Buss, 2000).

Em linhas gerais, há um consenso no sentido de que saúde não deve ser entendida simplesmente como ausência de doença, mas como algo contínuo ou dinâmico, caracterizando um processo. Neste sentido, a tendência atual é definir saúde como adaptação, com ênfase na relação pessoa e ambiente, em seus diferentes contextos (R. C. Silva, 2002), ou ainda, “[...] um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (Segre & Ferraz, 1997, p.542).

Evidências indicam que as representações que o profissional da saúde constrói sobre o processo saúde-doença e a forma com que este se relaciona com os membros da comunidade retratam o modelo de assistência adotado por ele. Pensando nestes modelos, pode-se, basicamente, destacar dois, o biomédico e o biopsicossocial. Atualmente, se vivencia a busca pela consolidação do modelo biopsicossocial que, segundo Reis (1998), surge como crítica ao modelo biomédico e procura incluir a dimensão social e a psicológica, para além da biológica no que se refere ao entendimento de saúde e de doença.

Segundo Stroebe e Stroebe (1995) os profissionais da saúde devem considerar a interação destes fatores como relevantes tanto na avaliação da saúde quanto nas recomendações para eventual tratamento, uma vez que, o modelo biomédico, baseado exclusivamente na dimensão biológica, não se sustenta para explicar ou tratar as causas das doenças ou os fatores relacionados com a manutenção ou a promoção da saúde.

Sendo assim, o modelo biopsicossocial procura contemplar os aspectos que permeiam o processo saúde-doença, sejam eles: físico, mental, social, econômico e político. Neste modelo, a

doença não é algo estático, mas um processo, que começa antes mesmo que a pessoa seja afetada, daí a necessidade de se instituir estratégias que atuem em nível de prevenção primária (Enumo, 2003).

A partir desta perspectiva, na prática, os ACSs devem pensar em saúde de forma ampliada, não podendo ser entendida apenas como ausência de doenças, pois quem trabalha em comunidades sabe que muitos dos problemas de saúde que a população enfrenta têm sua origem em questões ambientais, tais como o saneamento. Isso implica na ideia de que uma situação de vida saudável não se resolve somente com a garantia do acesso aos serviços de saúde, o que também é fundamental, mas, sobretudo com condições de vida dignas que, em conjunto, podem proporcionar esta situação. Neste sentido, os conceitos de saúde e de sujeito social são indissociáveis e ambos estão intimamente relacionados com a compreensão do trabalho em saúde como uma prática social (Morosini, Fonseca & Pereira, 2007).

Considerando que o trabalho em saúde é uma prática social, faz-se necessário entender que as possibilidades de transformações no campo da saúde não dependem da simples aplicação de conhecimentos científicos e/ou normas técnicas, e sim, das relações sociais existentes entre os membros da comunidade, a população, o espaço geográfico e as instituições públicas, bem como os mais diferentes tipos de interferências nestas relações que podem atuar promovendo ou prejudicando a saúde das comunidades. Assim, o trabalho do ACS nas comunidades não é uma ação ‘sobre’ a população, e sim ‘com’ a população, traduzindo o caráter educativo de sua atuação (Morosini et al., 2007).

Após esta breve contextualização da transição assistencial em saúde, torna-se imprescindível comentar sobre o ACS que se insere nos programas e serviços do SUS como peça fundamental para a efetividade das propostas implantadas. Cabe retratar que muitos pesquisadores têm sinalizado interesse em investigar a realidade do ACS, seja em relação a seu perfil profissional, condições de trabalho, conhecimentos que possuem sobre as mais diferentes temáticas, enfim, caracterizar este profissional que se encontra na linha de frente dos serviços de saúde na atenção básica.

Talvez este interesse se justifique pelo crescimento exponencial desta categoria profissional. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2011), os registros iniciais do departamento de atenção básica revelam que em janeiro de 1998, o número de ACSs cadastrados em equipes de saúde da família era de 16.432, em dezembro de 2011, este número atinge 250.607 profissionais em exercício distribuídos nas cinco regiões brasileiras. A cobertura populacional que era assistida pelo ACS em 1998 era de 4,40%, até o final de 2011, este percentual atingia 53,41%, o que representa quase 102 milhões de pessoas em 5.285 municípios.

Com o levantamento realizado sobre a produção acadêmica (artigos, relatos de experiência, debates, revisões teóricas, dentre outras) e oficial (textos regulamentares) é possível identificar vertentes teórico, conceitual e metodológica distintas, embora revelassem interesses comuns,

evidenciando concepções diferentes sobre a forma como o ACS se percebe e como é percebido pela comunidade, demais integrantes da equipe e gestores (Bachilli, Scavassa, & Spiri, 2008; Jardim & Lancman, 2009; Nunes, Trad, Almeida, Homem, & Melo, 2002; Pupin & Cardoso, 2008; Tomaz, 2002).

Tendo em vista os textos regulamentares nota-se a extensa gama de atribuições que este profissional precisa desempenhar, o que o caracteriza como um trabalhador *sui generis*, como divulga Nunes et al. (2002), pois de acordo com as autoras, suas atribuições transcendem o campo da saúde e para desempenhá-las de modo satisfatório precisam comungar de uma visão ampla dos múltiplos aspectos das condições de vida da população.

Conhecendo esta realidade vivenciada pelo ACS e a complexidade de sua atuação, os psicólogos da saúde vêm dedicando atenção especial a esta população, como apontam Staliano, Araujo, & Coêlho (2009). Estas autoras afirmam que os psicólogos têm procurado desenvolver atividades com os ACSs na tentativa de oferecer subsídios para minimizar as dificuldades enfrentadas por este profissional. Em geral estas atividades são oferecidas em grupo, com a adoção de metodologias participativas. Os temas mais abordados em trabalhos desta natureza envolvem relacionamento interpessoal, comunicação, autoestima, desvalorização profissional, rotina de trabalho, resolução de conflitos, integração, estresse, depressão e papel do ACSs. Nota-se a presença de entraves nas relações interpessoais com supervisores e gerentes e outros ACSs e ainda, que a insuficiência na comunicação compromete a implementação de práticas humanizadas em saúde.

Após justificar o tema nos planos científico e social, evidencia-se ser importante esclarecer que o interesse pessoal da pesquisadora em investigar questões relacionadas à promoção da saúde e comunicação sob a perspectiva dos ACSs surgiu a partir de inquietações vivenciadas pela mesma ainda durante a graduação, quando realizou uma intervenção com o formato de grupo de apoio a ACSs de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Campo Grande-MS. Inquietações somadas a questionamentos que emergiram ao longo de sua trajetória acadêmica e profissional.

Foi identificada a necessidade de agregar mais conhecimento sobre esta temática e, oferecer subsídios teóricos e metodológicos que auxiliem na qualificação deste profissional e, conseqüentemente, melhorar os serviços prestados por ele. Portanto, o objetivo deste estudo consistiu em descrever, compreender e analisar a comunicação que o ACS estabelece com as pessoas da comunidade em relação à promoção da saúde.

Partindo do princípio de que o ACS necessita compreender a importância de conceber saúde de maneira ampliada, distinguir ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e estabelecer interações que priorizem ações humanizadas em saúde, foram elencadas as seguintes questões para nortear este trabalho:

- Uma vez que a legislação profissional do ACS prevê, além de outras questões, que estes profissionais devam atuar na promoção da saúde, como se processa, na prática, este tipo de

trabalho? Quais as principais características interacionais e comunicacionais presentes nesta *práxis*?

- Quais os fatores que favorecem ou dificultam este tipo de atuação dos ACSs?
- Qual a concepção que o ACS tem do processo saúde-doença? Esta concepção influencia na adesão ou não de práticas orientadas para a promoção da saúde?
- Como promover a formação do profissional de ACS em competências e habilidades de comunicação?

Neste sentido, esta Tese está organizada em seis capítulos. O primeiro caracteriza o ACS por meio de trabalhos acadêmicos e oficiais. No segundo capítulo são discutidas questões sobre promoção da saúde, apresentando o conceito difundido na literatura especializada, seguido dos aspectos históricos que a caracterizam. É feita uma explanação da promoção da saúde no contexto brasileiro, argumentando-se sobre os campos da Saúde Pública e Saúde Coletiva. Na sequência, abordam-se as teorias aplicadas ao âmbito da promoção da saúde e por fim, propõem-se uma discussão acerca do conceito de empoderamento.

O terceiro capítulo explora a temática da comunicação aplicada à área da saúde, realizando um diálogo entre comunicação, promoção e educação em saúde, configurando-as como os pilares da educação básica. Ainda neste capítulo apresenta-se um contraponto entre Comunicação e Psicologia e por último, uma articulação dos conceitos-chave deste estudo.

O quarto capítulo descreve a pesquisa de campo, focando as questões que os direcionaram como: os objetivos (geral e específicos) e o método (delineamento metodológico, local, participantes, instrumentos utilizados, procedimentos éticos, de coleta e de análise dos dados).

No quinto capítulo são explicitados os resultados e discussão dos dois Estudos que compõem este trabalho. O Estudo 1 implementado com ACSs do Distrito Federal e o Estudo 2, implantado em Campo Grande, MS. A descrição dos resultados e discussão em ambos os estudos respeitaram a sequência com que os dados foram coletados, a saber: entrevistas individuais, técnica observacional e atividade em grupo/intervenção. Posteriormente, comparam-se os resultados oriundos das observações e entrevistas dos Estudos 1 e 2.

Por fim, encontram-se as considerações finais, em que constam as conclusões aferidas a partir da presente investigação, com sugestões para pesquisas futuras. Nos anexos, são disponibilizados os instrumentos e ferramentas necessárias para complementar a compreensão do leitor sobre a proposta implementada.

CAPÍTULO 1

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, propõe-se caracterizar o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Em um primeiro momento, realiza-se a apresentação dos textos regulamentares que normatiza a profissão e atuação deste profissional. Em seguida, foca-se o caráter educativo da atuação do ACS, o que, de certa forma, justifica o interesse de muitos pesquisadores em estudar esta população, uma vez que este profissional pode influenciar direta e indiretamente o comportamento das pessoas na comunidade. E, por fim, implementa-se uma apresentação e discussão das pesquisas realizadas com os ACSs das mais diversas localidades, visando conhecer quais as temáticas que estão norteando os estudos nas diferentes Regiões do país.

1.1. Agente Comunitário de Saúde: Protagonismo Social e Desafios

Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido marcado pela predominância tanto da assistência médica de cunho curativo e individual, quanto pelo entendimento de saúde como ausência de doença. No entanto, como este modelo não respondia aos problemas da organização das ações e serviços de saúde para atender as reais necessidades da população, no final da década de 1980, o movimento de reforma sanitária, juntamente com outras forças democráticas da época, apresentaram uma iniciativa de rompimento deste paradigma, abrindo espaço para o implemento de importantes mudanças nas formas de intervenção estatal sobre as práticas e problemas de saúde. Esta proposta visava à reformulação do modelo assistencial vigente, com a criação de um sistema que possuísse um comando único – o Sistema Único de Saúde (SUS) (Gomes, Cotta, Cherchiglia, & Batista, 2009; Gomes, Cotta, Mitre, Batista, & Cherchiglia, 2010; Ministério da Saúde, 2001a).

A criação e implementação do SUS foram marcadas pelo paradigma da produção social da saúde, caracterizado tanto pela ampliação da concepção do processo saúde-doença, quanto pela prática da vigilância sanitária como resposta aos problemas de saúde, mediante operações intersetoriais articuladas por distintas estratégias de intervenção (Gomes et al., 2010; Mendes, 2006).

Neste contexto, o SUS estava pautado na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social, admitindo ainda, a participação supletiva do setor privado. Estes princípios foram legitimados pela Constituição de 1988, visando reordenar os serviços e ações, por meio da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde (Ministério da Saúde, 2007).

Nesta proposta de reorganização dos serviços de saúde, enfatiza-se a atenção primária, que corresponde às ações assistenciais de alta frequência, que se desenvolvem no atendimento das

unidades básicas, tais como postos ou centros de saúde, entendidos como a porta de entrada para o SUS, diante da hierarquização dos níveis de complexidade dos serviços. Tal fato gerou uma ampliação considerável da rede de serviços, incluindo o nível primário de atenção, sendo necessário o incremento na formação de profissionais de saúde, com base em metodologias mais reflexivas, orientadas ao aprendizado no próprio exercício profissional, para dar conta da atual demanda (Ministério da Saúde, 2007).

Diante desta nova configuração no âmbito da saúde, foram criados programas e políticas públicas, como por exemplo, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 pelo Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais. O objetivo deste programa era reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade materno-infantil, inicialmente na Região Nordeste do país (Ministério da Saúde, 2001b, 2004).

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito de apoiar uma prática com ações integrais na atenção básica destinadas à comunidade. Esse programa pauta-se basicamente no atendimento adstrito às famílias, oportunizando a oferta de serviços mais próxima dos locais onde os problemas são evidenciados, o que fortaleceu um dos princípios promulgados pelo SUS, o da descentralização dos serviços (Ministério da Saúde, 2001a, 2004).

Inicialmente, o ACS não tinha qualificação nem regulação profissional. Dada a importância de sua função no programa e em decorrência da complexidade do seu papel estratégico na edificação das ações de atenção básica nas políticas públicas para a saúde, houve a necessidade de capacitar este profissional. Foram ministrados, a partir de então, cursos de formação, iniciados após a sua regulamentação profissional, a fim de adequar sua real atuação dentro do contexto da comunidade.

Cabe ressaltar que, desde o início, a experiência profissional do ACS foi permeada por conflitos e incertezas. Por mais que o PACS tenha sido criado em 1991, apenas em 1997, pela Portaria nº 1.886 (1997), ocorreu a definição de suas atribuições profissionais e, por conseguinte, somente em 1999, o Decreto nº 3.189 (1999) fixou as diretrizes para o exercício da atividade do ACS. No entanto, a regulamentação da profissão só aconteceu efetivamente em 2002, com a promulgação da Lei nº 10.507 (2002).

Diante deste quadro, foi possível identificar mudanças significativas nas condições para o trabalho e contratação do ACS. Isto é, antes da regulamentação da profissão, em 2002, o ACS não possuía garantia efetiva de contratação, nem clareza quanto ao processo de seu trabalho, tendo como requisito apenas que este profissional soubesse ler e escrever. Com sua profissão regulamentada, alguns critérios e pré-requisitos foram estabelecidos, tais como: residir na comunidade em que irá atuar, ter concluído o ensino fundamental e concluir com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de agente comunitário de saúde (Barros, Barbieri, Ivo, & Silva, 2010; Lei nº 10.507, 2002).

Considerando, especificamente, as políticas de formação que estabelecem diretrizes para o trabalho do ACS, um processo de certificação por competências, atrelado ao perfil de atuação desejado para este profissional, foi definido ao longo dos últimos anos, referendado pelo Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde em 2004.

Cada competência proposta para o ACS se relaciona, com uma dimensão da realidade de trabalho, repercutindo em sua prática. Ou seja, a competência profissional incorpora três dimensões do saber: “saber-ser”, considerada transversal a todas as competências expressa por capacidade crítica, reflexão e mudança ativa, tanto de si mesmo quanto de suas práticas; “saber-fazer” (domínio prático) e “saber-conhecer” (domínio cognitivo), que envolve cada uma das seguintes competências:

- integração da equipe de saúde com a população local;
- planejamento e avaliação;
- promoção da saúde;
- prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; e
- prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (Ministério da Saúde, 2004).

Para a instituição dessas competências, a equipe técnica do Ministério da Saúde se apropriou dos quatro pilares da Educação: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros e aprender a ser. Conceitos fundamentais divulgados no relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, coordenada por Jacques Delors (1999).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, são atribuições do ACS:

- a) promover a integração da equipe de saúde com a população;
- b) trabalhar com a adstrição das famílias em base geográfica definida;
- c) desenvolver ações educativas com as famílias;
- d) realizar e atualizar os cadastros;
- e) orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- f) desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco;
- g) acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e ajudar na prevenção/controla da malária e da dengue (Ministério da Saúde, 2006a).

Tendo em vista estas atribuições, o ACS pode ser entendido como um trabalhador *sui generis*, uma vez que suas funções transcendem o campo da saúde, pois necessita de uma visão ampla dos múltiplos aspectos das condições de vida da população. Além de que, sua identidade comunitária e a importância do seu papel social os diferenciam dos demais trabalhadores da saúde (Nunes et al., 2002).

Assim, é possível identificar juntamente com Silva e Dalmaso (2002a) duas dimensões principais na proposta de atuação para o ACS. Uma mais voltada aos preceitos técnicos, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos. E outra relacionada à política, tanto de solidariedade à população, quanto de organização da comunidade e de transformação das condições de vida de modo geral.

Mota e David (2010) apontam, entretanto, que desde as experiências pioneiras até a configuração atual do trabalho do ACS, exigiu-se deste profissional um perfil menos técnico e mais orientado para o uso de habilidades relacionais e pedagógicas, refletindo seu papel educativo.

1.2. Evolução Histórica da Formação do ACS

A formação sócio-histórica do ACS está arraigada em experiências que ultrapassam a configuração brasileira para a atuação deste profissional. A partir desta perspectiva, Flores, Sousa e Merchán-Hamann (2008) pontuam basicamente dois movimentos que antecedem a operacionalização das funções do ACS: a institucionalização das práticas médicas do mundo ocidental, com um movimento iniciado na Europa ao longo dos séculos XVII e XVIII que culminaram na consolidação da Medicina Social e a efetividade das práticas da enfermagem, na segunda metade do século XIX, com a instituição de uma prática inovadora no cuidado à saúde, a visita domiciliar. Rosseto-Mazza (1994) complementa que no Brasil, a implantação da visita domiciliar data da década de 1920.

No contexto internacional, uma figura importante que antecedeu a atual configuração do ACS foi a do inspetor sanitário, que agia em caso de epidemias e pestes, segregando temporariamente a população que ainda não manifestava a doença, atuando preventivamente. Esta prática teve início no século XIV, e o inspetor era responsável por realizar uma vigilância em território previamente delimitado. Esta inspeção compreendia, diariamente, revistar os domicílios e moradores, controlar e comunicar a ocorrência de óbitos, desinfetar os domicílios e até mesmo isolar áreas em casos de epidemia comprovada (Flores et al., 2008).

Evidencia-se a prática da segregação anteriormente a este período, caracterizada como uma prática com foco no portador de lepra, hoje denominada hanseníase, datando de tempos bíblicos. Posteriormente, no início da Idade Média surge a segregação geográfica e espacial, em que os portadores desta doença passam a ser marginalizados, povoando lugares afastados, originando os 'leprosários'. Nestes locais o inspetor sanitário também possuía a função de fiscalização, visando o cumprimento das medidas de isolamento (Flores et al., 2008; Foucault, 1972).

A atuação deste inspetor sanitário ou agente de saúde era basicamente de natureza fiscalizadora, normatizadora e disciplinar. Destacando as experiências da Alemanha, França e Inglaterra nos séculos XVII e XVIII, mesmo que possuíssem características distintas suas necessidades eram semelhantes e a atuação deste profissional, em geral, buscava a consolidação do

Estado, o controle da população, a salubridade do meio-ambiente e favorecer as condições para produção, circulação e consumo de produtos (Flores et al., 2008).

Tendo em vista as práticas de saúde no Brasil, de acordo com Illich (1975) é possível observar uma transição dos saberes e fazeres em saúde da comunidade para o âmbito institucional. Evidências desta transição podem ser identificadas pontualmente por três fases: a) práticas anteriores ao período da colonização, provenientes das sociedades tribais; b) práticas implantadas no período colonial, com destaque para a ação dos cirurgiões-barbeiros, curandeiros, físicos, etc; e, c) a própria institucionalização das práticas que se edifica com a implantação do SUS, programas e políticas públicas.

No Brasil também evidenciou-se a figura do inspetor sanitário por volta da década de 1920, para fortalecer o movimento da saúde pública, que também utilizava estratégias de isolamento e quarentena, priorizando ações curativas e preventivas, visando basicamente o controle de determinadas doenças infecto-contagiosas (Scliar, 2002).

Concomitantemente a este movimento, ocorre a institucionalização da enfermagem que em seus preceitos de atuação encontra-se a visita domiciliar, que era conduzida de duas formas. Na primeira a visita destinava-se à profilaxia das doenças transmissíveis, e na segunda, a visita realizava-se nos moldes campanhistas, atentando-se praticamente para questões de saneamento e problemas de saúde (Rosseto-Mazza, 1994).

Considerando os programas e políticas da época, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) é entendido como um avanço imprescindível para a definição atualmente apregoada ao ACS. Este serviço foi criado na década de 1940 e implantado na Região Amazônica e nos Estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás, cujas ações visavam o controle de doenças transmissíveis, educação sanitária, higiene pré-natal e da criança, saneamento ambiental, assistência médica ao adulto, à mulher e à criança e exames laboratoriais (Silva & Dalmaso, 2002a; Sousa, 2001).

Nesse período, o visitador sanitário atendia indivíduos e famílias nas unidades de saúde e nos domicílios, eram responsáveis pelo atendimento dos usuários em uma área específica, o que hoje entende-se por atendimento adstrito, e realizava monitoramento e prevenção a grupos específicos e morbidades, como gestantes, recém-nascidos, portadores de doenças prevalentes (Silva & Dalmaso, 2002a; Sousa, 2001).

Historicamente, estas experiências nacionais e internacionais, culminaram na atual concepção do ACS, que atua para além das medidas preventivas e curativas. A este profissional é requerido desenvolver estratégias de promoção para o desenvolvimento de hábitos e comportamentos saudáveis em que é evidente seu papel educativo (Flores et al., 2008).

1.3. Agente Comunitário de Saúde: Atuação e Papel Educativo

Essencialmente, ao profissional de saúde é atribuído um papel educativo, pois suas múltiplas e diversificadas ações – destinadas tanto ao controle e prevenção de doenças, à promoção

da saúde, quanto à educação popular em saúde – pressupõem a transformação da realidade social, por meio de uma permanente educação em saúde. Contudo, é um profissional que se constitui como membro de uma equipe e, por mais que, ele possua esse papel educativo, essa educação se processa mediada pelos profissionais que compõem a equipe na qual o ACS está inserido (Morosini et al., 2007).

Especificamente no que se refere ao ACS, esta atuação se revela em diferentes modos de relação com os indivíduos que integram a comunidade designada como seu território de ação. De fato, o trabalho educativo do ACS caracteriza-se por tal mediação, a qual é percebida, equivocadamente, por técnicos, gestores e instituições como uma decorrência lógica da intervenção e que independe de formação qualificada e contínua (Morosini et al., 2007; Santos, Pierantoni, & Silva, 2010).

Em contrapartida, alguns teóricos alertam que o ACS deve apreender a educação em saúde como uma via de mão dupla, onde quem ensina também aprende e quem aprende pode ensinar. Nestas condições, são geradas novas maneiras de perceber o mundo, posicionar-se criticamente e conceber alternativas de intervenção e mudança. Esta concepção converge com as ideias de Paulo Freire, cujas formulações continuam a orientar pessoas e grupos na busca pela compreensão das raízes da desigualdade e seu sobrepujamento – inclusive no processo saúde-doença (Morosini et al., 2007; Trapé & Soares, 2007).

Cabe lembrar que, para Freire (1996), os educadores precisam ter consciência de que são seres inacabados, o que institui o processo educativo. Ou seja, as pessoas se tornam educáveis na medida em que se consideram incompletas e instauram um constante movimento de buscar e construir conhecimento. Sendo assim, esta educação de natureza emancipatória oportuniza uma possibilidade inovadora aos grupos e classes sociais e, tal empoderamento, sugere conquistar maneiras distintas de trabalhar e viver, algo bem mais complexo do que as demais estratégias educativas.

Entretanto, alguns estudiosos têm constatado que, em determinadas localidades, o ACS limita-se a executar atos normativos, nos quais predominam prescrições e instrumentalizações. Deste ponto de vista, aquele que deveria educar de forma completa é constrangido a reproduzir regras e orientações técnicas; e aquele que deveria aprender ativamente é compelido a adotar atitudes passivas e até submissas (Gomes et al., 2010; Morosini et al., 2007; Silva & Dalmaso, 2002b).

Tais evidências conduzem a reflexões e questionamentos acerca dos referenciais curriculares que norteiam a formação do ACS. Será que este profissional tem acesso a cursos de capacitação adequados? Estados e Municípios atendem às exigências mínimas estipuladas para seu treinamento? São ofertados programas sistemáticos de educação permanente?

Neste sentido, Morosini e Martins (2007) admitem que

[...] a operacionalização da formação em nível técnico dos ACS não constitui tarefa simples. Esta operacionalização se depara com as complexidades inerentes à própria configuração da atividade dos ACS, no que diz respeito à natureza inovadora da atividade, à fragilidade de sua identidade profissional e à regulamentação incipiente (p. 12).

De acordo com as autoras, o ACS necessita de um respaldo teórico-prático que transcende o campo da saúde, pois este profissional lida com questões relativas à cidadania, à política, às condições de vida, à organização da comunidade e às relações sociofamiliares, que se inscrevem nas esferas da educação, do ambiente e da assistência social.

Em síntese, considerando que, há quase uma década, muitos textos governamentais estabeleceram para o ACS um papel crucial na efetivação de Programas e Políticas Públicas de saúde, realizou-se um estudo sistematizado da literatura especializada sobre o tema.

1.4. Panorama de Estudos e Pesquisas com Agentes Comunitários de Saúde

Foi realizado um levantamento da literatura em bases de dados em que era possível ter acesso ao manuscrito na íntegra. Para a busca, foram adotados os seguintes descritores combinados: conhecimento/saúde/agente, formação/agente/saúde e capacitação/agente/saúde. Também foram empregadas, no plural e no singular, as seguintes palavras-chave: agente comunitário de saúde, agente de saúde e agente comunitário. Excluíram-se artigos que não tinham como foco principal o ACS, assim como trabalhos exclusivamente teóricos e revisões de literatura.

Deste modo, foram inicialmente identificadas 103 publicações. Após diversas leituras cuidadosas, o material reunido foi categorizado em quatro eixos temáticos, a partir da análise de conteúdo (Bardin, 1995):

- a) conhecimento: estudos sobre conhecimentos, percepções e crenças do ACS acerca de determinado assunto. Por exemplo, consumo de bebidas alcoólicas, violência contra a mulher, educação em saúde, entre outros;
- b) formação: trabalhos que abordassem cursos de formação continuada ou outras ações educativas, como a criação de cartilhas e manuais direcionados à promoção do desenvolvimento infantil;
- c) perfil e atuação profissional: publicações acerca do papel, função e rotina de intervenção do ACS, sob a ótica do próprio profissional ou de outros; e
- d) condições de trabalho: estudos dedicados à análise e discussão das condições laborais e suas repercussões.

Estas categorias foram criadas com base na classificação do material elencado para análise e também com a adaptação de categorias descritas em estudos anteriores (Bornstein & Stotz, 2008).

As publicações correspondem ao período de 2002 a 2011, sendo que há um aumento expressivo dos artigos a partir de 2007. Ou seja, constata-se maior concentração de trabalhos entre 2007 e 2010, os quais totalizam 68% (n=70) do levantamento empreendido.

Todas as Regiões Brasileiras foram contempladas: 61% (n=62) dos estudos dizem respeito à Região Sudeste, seguindo-se as Regiões Sul 18% (n=19) e Nordeste com 15% (n=16), e, por último, as Regiões Centro-Oeste e Norte, ambas com apenas 2% (n=2). Duas publicações podem ser consideradas multicêntricas, pois abrangeram dois ou mais Estados em duas Regiões: uma pesquisa foi realizada no Nordeste e no Sul (1%) e outra, no Nordeste e no Centro-Oeste (1%).

Conhecimento

Identificaram-se 36 (35%) artigos, cujos temas são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Estudos que investigam conhecimentos, percepções e crenças dos ACSs

Tema	N	Teoria ou técnica informada
Doença mental/loucura	5	Análise de conteúdo (Barros, Chagas, & Dias, 2009)
		Análise de conteúdo (Dimenstein, Cabral, Severo, Brito, & Alvarenga, 2007)
		Análise de conteúdo (Campos & Romagnoli, 2007)
		Análise de conteúdo (Feneric, Pereira, & Zeoula, 2004)
		Representações Sociais (Pereira, Barbieri, Paula, & Franco, 2007)
Saúde bucal	5	Análise do discurso (Koyashiki, Alves-Souza, & Garanhami, 2008)
		Análise de conteúdo (Pires, Lopes Neto, Lopes, & Bueno, 2007)
		Análise estatística (Moura et al., 2010)
		Hermenêutica-dialética (Rodrigues, Santos, & Assis, 2010)
Tuberculose	3	Análise descritiva (Sarcinelli, Bussadori, Carvalho, & Oliveira, 2011)
		Discurso do Sujeito Coletivo (Campinas & Almeida, 2004)
		Análise estatística (Maciel et al., 2008)
HIV/AIDS	2	Análise de conteúdo (Muniz et al., 2005)
		Construcionismo social (Silva & Cardoso, 2008)
Álcool	2	Representação social (Castanha & Araújo, 2006a)
		Análise estatística (Silveira, Martins, & Ronzani, 2009)
Saúde do idoso/Envelhecimento	2	Análise de conteúdo (Castanha & Araújo, 2006b)
		Análise de conteúdo (Bezerra, Espírito Santo, & Batista Filho, 2005)
Resiliência	2	Representação social (Fonseca, Trentini, Valli, & Silva, 2008)
		Grounded-Theory (Yunes, Mendes, & Albuquerque, 2005)
Promoção da saúde	2	Grounded-Theory (Yunes, Garcia, & Albuquerque, 2007)
		Construcionismo social (Brigadão & Gonçalves, 2009)
Educação em saúde	2	Análise de conteúdo (Staliano & Araujo, 2011)
		Análise de conteúdo (Trapé & Soares, 2007)
Intoxicação doméstica infantil	1	Representação social (Brito & Domingos Sobrinho, 2009)
Dengue	1	Análise de conteúdo (Nogueira, Vieira, & Vaz, 2009)
Maconha	1	Análise estatística (Baglini et al., 2005)
Aleitamento materno	1	Análise de conteúdo (Araújo, Castanha, Barros, & Castanha, 2006)
Trabalho em equipe	1	Análise estatística (Caldeira, Aguiar, Magalhães, & Fagundes, 2007)
Comunicação	1	Representação social (Leite & Veloso, 2008)
Programa Família Saudável	1	Modelo do mercado simbólico (Cardoso & Nascimento, 2010)
Depressão	1	Discurso do sujeito coletivo (Hildebrand & Shimizu, 2008)
Hanseníase	1	Análise descritiva (Harada & Soares, 2010)
Saúde Ambiental	1	Análise de conteúdo (Cruz & Oda, 2009)
Violência doméstica	1	Análise Estatística (Rohr & Miranda, 2010)
		Violência de gênero como constructo social (Fonseca, Leal, Skubs, Guedes, & Egry, 2009)

Na Tabela 1, são igualmente reportadas as abordagens teóricas, metodológicas ou técnicas empregadas pelos pesquisadores para tratar os temas investigados. Um exame atento destes dados permite constatar que a abordagem qualitativa é a mais utilizada quando visam conhecer crenças, percepções, opiniões e conhecimentos dos participantes sobre determinado assunto, ou mesmo, os significados dos acontecimentos e como estes tendem a ser compartilhados cultural e socialmente (Minayo, 2006; Turato, 2003).

No que tange aos três temas mais pesquisados, é interessante comentar:

Saberes e práticas sobre transtorno mental/loucura – vários trabalhos apontam a influência do paradigma psiquiátrico tradicional nas ações do ACS, que continua a perceber a pessoa acometida por um transtorno mental como passiva e sem condições de traçar sua própria história (Pereira et al., 2007). Assim, no estudo conduzido por Dimenstein et al. (2007) evidenciou-se a persistência de um ‘modelo estereotipado do louco’, visto como alguém agressivo que não segue as regras estabelecidas para a conduta social. De modo semelhante, Feneric et al. (2004) identificaram quatro representações do transtorno mental ancoradas em uma concepção psiquiátrica tradicional que retarda o processo de transformação da assistência em saúde: 1) imutável e socialmente excludente; 2) loucura ou estado continuamente irracional; 3) incapacidade e impossibilidade de autonomia; e 4) deficiência mental. No mesmo sentido, Barros et al. (2009) consideram que o medo, desencadeado pela estranheza diante do comportamento dessas pessoas, constitui um dos fatores que dificulta o contato e a atuação efetiva do ACS. Em compensação, a literatura indica que o ACS se preocupa com a inserção social destes usuários e que ele reconhece a necessidade de envolvimento da família para atuar como suporte social.

Saúde bucal – em geral, as publicações selecionadas insistem quanto à integração de mais profissionais nas equipes de saúde da família, destacando-se o setor da saúde bucal, uma vez que a população de baixo poder aquisitivo não prioriza medidas de autocuidado e prevenção. Muitas vezes, a extração de dentes ainda é realizada no próprio domicílio. Segundo Koyashiki et al. (2008), os ACSs entendem a relevância da atuação em saúde bucal, o que denota conhecimento acerca da complexidade do processo saúde-doença. Para Rodrigues et al. (2010), as equipes multidisciplinares organizadas nas Unidades de Saúde geralmente não desenvolvem um trabalho interdisciplinar, mas inúmeros esforços vêm sendo feitos em prol de uma ‘clínica ampliada’, na qual o ACS se destaca como sujeito social e coletivo. Na opinião de Pires et al. (2007) uma intervenção eficaz, nesta esfera particular, pode ser de grande impacto social, tendo em vista o papel de articulador e educador destinado ao ACS. Vale comentar que, no estudo realizado por Moura et al. (2010), diversos profissionais informaram não ter participado de cursos ou palestras, porém, obtiveram conceitos regular e bom em conhecimentos sobre saúde bucal.

Tuberculose – no trabalho de Maciel et al. (2008), notou-se que os profissionais com mais tempo de exercício são aqueles que detêm mais informações sobre a enfermidade, notadamente sobre o diagnóstico (exame de escarro). Os autores alertam que menos da metade dos entrevistados soube afirmar qual a forma de transmissão da doença, ou nomear os três sintomas essenciais (febre, tosse por tempo prolongado e emagrecimento). Outros pesquisadores afirmam que estas limitações podem ser atribuídas tanto ao modo como se organizam os serviços de saúde – em que não se privilegiam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças –, quanto à relação do ACS com o usuário – na qual impera um diálogo insuficiente. Este conjunto de obstáculos propaga o desconhecimento e reforça o medo de contrair a doença (Campinas & Almeida, 2004; Maciel et al., 2008; Muniz et al., 2005).

Perfil e Atuação Profissional

Neste eixo temático, estão reunidas 34% (n=35) das publicações. A maioria das ações, descritas nesses estudos, está vinculada aos programas já existentes nas Unidades Básicas de Saúde. As pesquisas expõem dificuldades do ACS para assumir seu papel. Por mais que se preconize o desenvolvimento de atividades de cunho coletivo e que este profissional tenha mais autonomia para elaborar propostas voltadas à comunidade, muitos permanecem atrelados aos parâmetros do modelo biomédico.

Uma análise cuidadosa da literatura permite depreender que parte dessas dificuldades é gerada pelas tarefas de rotina conferidas ao ACS. Uma delas consiste no preenchimento de formulários e instrumentos requeridos pelo Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB), que enfatiza a avaliação da produtividade, baseada em ações individuais e indicadores de saúde, não oportunizando o detalhamento das ações de caráter coletivo.

Os estudos que analisam o perfil do ACS, sob a perspectiva do próprio profissional, mostram que o conhecimento biomédico adquirido durante sua formação e o recente encargo para integrar equipes do PSF conferem *status* e prestígio social. Mas, o ACS também expressa uma autopercepção de desvalorização social, provocada pela baixa remuneração recebida por um trabalho exaustivo, que exige responsabilidade e expõe continuamente ao sofrimento pessoal e comunitário (Barcellos, Pandolfi, & Miotto, 2006; Cozer, Miotto, & Pandolfi, 2008; Marzari, Junges, & Selli, 2011; Nunes et al., 2002; Pupin & Cardoso, 2008). Contraditoriamente, de acordo com Bachilli et al. (2008), o ACS estima que sua experiência profissional é gratificante, pois alcança o reconhecimento da comunidade à medida que suas orientações contribuem para a melhoria da saúde da população.

A atuação avaliada como positiva na pesquisa de Levy, Matos e Tomita (2004) pode ser compreendida como um reflexo da ênfase dada à relação comunidade/serviços de saúde, que repercute na mudança de comportamento dos usuários quanto à busca por atendimento. Essa relação também confere ao ACS capacidade de reconhecer a singularidade de cada família e

desenvolver estratégias diferenciadas de cuidado, atendendo às especificidades dos usuários e seus problemas de saúde.

Os autores Ferreira, Andrade, Franco e Merhy (2009) apontam exemplos de algumas estratégias diferenciadas reveladas pelos participantes, como inventar instrumentos que facilitam a administração de medicamentos por pessoas analfabetas ou cegas, oportunizando o autocuidado e autonomia dessas pessoas, e ainda, quando utilizam de referenciais simbólicos infantis para facilitar a adesão das crianças ao procedimento de pesagem que precisam realizar com frequência.

No entanto, o fato de morar e trabalhar na mesma comunidade, acrescido da precariedade na oferta de serviços pelas Unidades Básicas, sobrecarrega o ACS com solicitações de intervenção fora do horário de expediente. Isso, por um lado, revela credibilidade e confiança conquistadas pelo ACS com seu trabalho, no entanto, rompe-se a distinção entre o espaço público e o espaço privado com consequências pouco desejáveis para o trabalhador (Jardim & Lancman, 2009). Ademais, outros estudos admitem que as intermediações feitas pelo ACS entre o sistema de saúde e os membros da comunidade denunciam contradições e tensões de uma política pública que tende a reforçar saberes e poderes estatais em prejuízo das experiências e saberes populares (Ávila, 2011; Cunha & Frigotto, 2010; Schmidt & Neves, 2010).

Lima e Moura (2005) defendem um ‘novo perfil de qualificação flexível’ no qual se desenvolverão competências como escolaridade mínima, capacidade de adequação a novas situações, autorresolução de problemas surgidos no trabalho, capacidade de interpretar as informações recebidas e habilidades sociais para se relacionar com a população atendida. Segundo Ávila (2011) e Galavote, Prado, Maciel e Lima (2011), esta mudança de concepção pode minimizar a idealização associada à figura do ACS, clarificando progressivamente quanto às reais necessidades de formação.

É preciso concordar que, na comunidade, o ACS é valorizado por suas práticas biomédicas, como por exemplo, marcar consultas, agendar exames e obter medicamentos (Nunes et al., 2002; Tomaz, 2002). Mas, também cabe ponderar juntamente com Seoane e Fortes (2009), que, em razão do preconceito, os usuários temem em comunicar determinadas enfermidades ao ACS (aids, tuberculose, câncer e doenças da próstata, entre outras), mesmo que necessitem de atendimento rápido.

Levy et al. (2004) e Lima, Silva e Bousso (2010) reafirmam que as visitas domiciliares reforçam atitudes preventivas e comportamentos de autocuidado. Em geral, os usuários manifestam satisfação e gratidão com estas intervenções, uma vez que o ACS fiscaliza a vacinação das crianças, agendamentos de consultas, participação do usuário em programas de saúde e alguns consideram que a frequência mensal desses encontros é insuficiente. Chama atenção que, no trabalho de Pupin e Cardoso (2008), o ACS é associado a um ‘anjo da guarda’ ou ‘salvador da pátria’, apontando uma relação de dependência que contraria os fundamentos filosóficos e ideológicos da atuação desse profissional.

A equipe de saúde também percebe o ACS como um elo entre serviços e comunidade. Tanto aquele que introduz o usuário no sistema de saúde, como um mediador e tradutor entre a cultura científica e a popular (Nunes et al., 2002; Pupin & Cardoso, 2008).

Considerando a função mediadora desempenhada pelos ACSs, Bornstein e Stotz (2008) comentam que ela pode ser de grande importância para a mudança do modelo assistencial em saúde. Mas, para que isto realmente ocorra, essa mediação precisa assumir um caráter transformador, cuja ferramenta seria a educação popular.

Contudo, os demais integrantes das equipes têm restrições em relação à atuação do ACS, conforme salientam Fortes e Spinetti (2004a):

[...] o fato do ACS não ser um profissional ou técnico, submetido ao controle de órgãos reguladores profissionais, traz incertezas e preocupações quanto à observação do princípio ético da privacidade das informações [...] (1330).

Estes autores constataram que, para gerentes e profissionais de saúde, a informação repassada pelo ACS à população deve se ater aos aspectos administrativos e à organização dos serviços, evitando-se comunicações sobre patologias ou agravos à saúde. No entanto, mesmo entendendo que conhecer o diagnóstico dos usuários ou informar sobre tratamentos, medicamentos e resultados de exames não faz parte de suas atribuições, os ACSs demonstram interesse em ampliar sua compreensão para subsidiar uma melhor intervenção (Fortes & Spinetti, 2004b). Neste sentido, merece destaque o estudo de Nunes, Amador e Heineck. (2008), no qual foram investigadas questões vinculadas a medicamentos na rotina do ACS. Os resultados mostraram carência de informação sobre a administração medicamentosa, apesar da premência por este tipo de orientação durante as visitas domiciliares, em decorrência das falhas nas consultas médicas.

Surpreendentemente, diversas publicações comprovaram que os ACSs têm dificuldade em conceituar o SUS, o PSF e seus princípios norteadores (Gomes et al., 2009; Rosa, Cavicchioli, & Brêtas, 2004; Santos & Fracoli, 2010; Santos, Saliba, Moimaz, Arcieri, & Carvalho, 2011; Silva & Rodrigues, 2010).

Formação

Nesta categoria, estão agrupados 24% (n=25) dos trabalhos. O Gráfico 1 ilustra a distribuição percentual por tema. Verifica-se, então, que curso de formação é a temática mais frequentemente mencionada, visando à qualificação profissional.

Os trabalhos apontam que a formação do ACS é de responsabilidade das escolas técnicas e centros formadores de recursos humanos do SUS. O objetivo é capacitá-lo para atuar junto à equipe multiprofissional de saúde com relevante perspectiva profissional transformadora da realidade, com um crescente enfoque crítico, reflexivo e ético, destacando-se, ainda, o desenvolvimento das ações

de integração social, promoção da saúde e prevenção de agravos no âmbito familiar e na comunidade. De modo geral, a formação favorece a consolidação de políticas de atenção à saúde e contribui para a construção coletiva do conhecimento (Garnelo et al., 2009; Melo, Brant, Oliveira, & Santos, 2009; Silva et al., 2009).

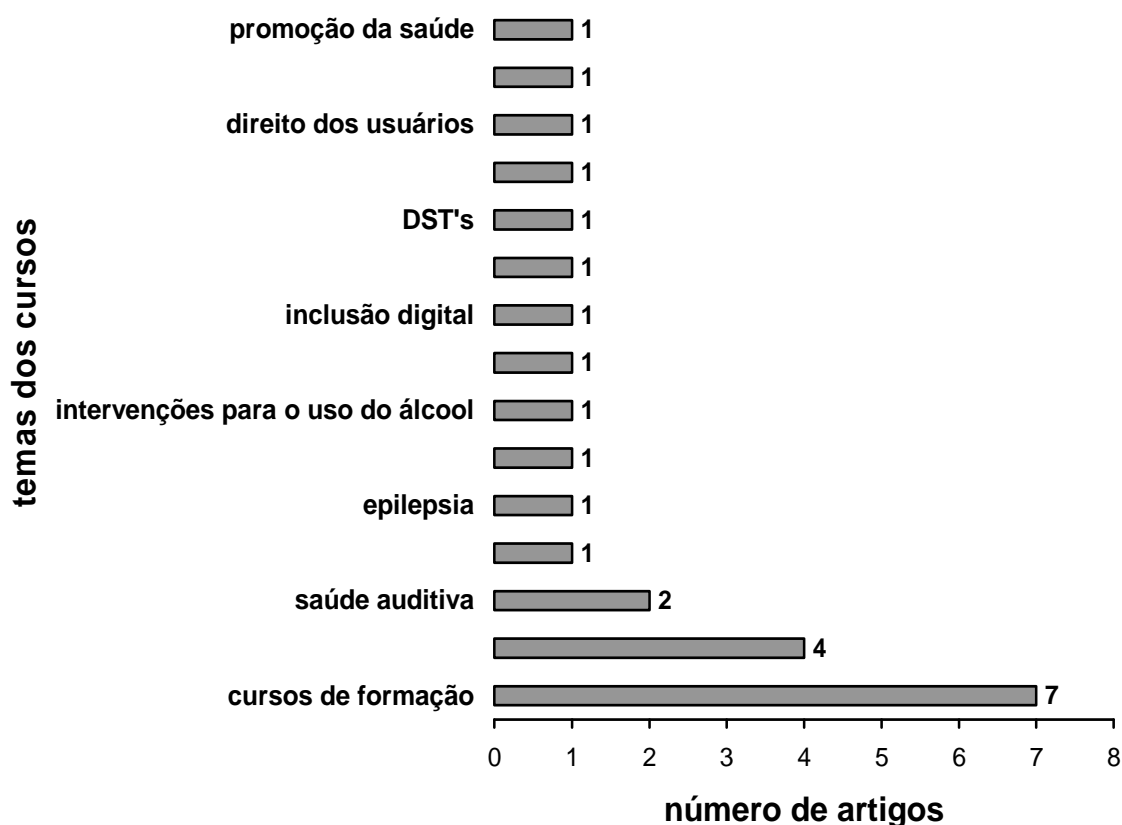


Gráfico 1. Distribuição percentual dos temas de cursos destinados aos ACSs.

Nascimento e Correa (2008) constataram que a formação possibilitou ao ACS assumir melhor seu papel de educador, produzindo um conhecimento emancipatório. Aliás, é consenso na literatura que o ACS deve receber formação continuada.

Holanda, Barbosa e Brito (2009) problematizam a questão da importância do diálogo entre os diversos profissionais integrantes das equipes de saúde da família. A inserção de outros profissionais, além de médicos e enfermeiros nas equipes, oportunizou a comunidade ser assistida de maneira mais integral.

Para Duarte, Silva e Cardoso (2007), os cursos que estimulam o desenvolvimento profissional do ACS são aqueles que propiciam treinamento para: a) facilitação da expressão de lideranças da comunidade; b) incentivo à participação comunitária; c) promoção de reuniões comunitárias; d) identificação das potencialidades da comunidade; e) reconhecimento de parceiros e recursos; e f) uma ação educativa problematizadora.

Estes autores enfatizam que, além do Programa de Educação direcionado para o ACS ter propiciado uma reorientação das práticas, inicialmente influenciadas pelo modelo biomédico, proporcionaram ainda o desenvolvimento de ações alicerçadas em uma visão ampliada do processo saúde-doença.

Outra questão que Lanzoni, Lino, Schweitzer e Albuquerque (2009) chamam a atenção é que os cursos direcionados aos ACSs podem oportunizar o empoderamento comunitário, tanto destes enquanto profissionais, como dos usuários, fortalecendo, assim, as ações de educação e saúde desenvolvidas na comunidade.

Segundo Frazão e Marques (2009), o ACS pode auxiliar a equipe na identificação das famílias mais vulneráveis, atuando preventivamente e reduzindo a procura pela consulta odontológica de urgência. De maneira geral, as avaliações realizadas após estes cursos e capacitações, mostram resultados positivos e que agregam recursos teóricos e técnicos à atuação do ACS (Frazão & Marques, 2006; Frazão & Marques, 2009).

Já na proposta implementada por Sousa e Parreira (2010), ocorre a articulação entre gestão ambiental e educação, em que o ACS precisa reconhecer e se apropriar do território comunitário em que vive e atua, pois o processo educativo é o ponto inicial para a sua real intervenção e descoberta de novas possibilidades de interação com o ambiente. Além disso, é fundamental a identificação dos problemas ambientais e sanitários na comunidade, que podem vir a influenciar o desenvolvimento e/ou agravamento de inúmeras doenças. Neste sentido, os conhecimentos, valores, experiências e habilidades desenvolvidas em cursos de formação com esta nova perspectiva, geram profissionais mais comprometidos com os problemas da comunidade, os quais podem contribuir de maneira mais completa e eficaz na redução da mortalidade infantil e das internações hospitalares, na melhoria das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e redução de danos.

Três artigos que não abordaram diretamente cursos de formação, mas discutiram a questão, foram classificados neste eixo. O primeiro se refere à condução de um programa, que produziu mudanças de comportamento nas crianças de uma comunidade (higiene pessoal e cuidados com o meio ambiente), sendo que as mesmas passaram a exigir atitudes semelhantes dos adultos (Pereira, Silva, & Souza, 2009).

O segundo artigo relata uma avaliação realizada pelos ACSs dos instrumentos adotados no projeto “Nossas Crianças: Janela de Oportunidades”. Os resultados indicaram adequação e boa qualidade dos materiais. Todavia, dificuldades próprias das famílias e do processo de trabalho constituíram barreiras ao uso do material (Martins, Veríssimo, & Oliveira, 2008).

O terceiro artigo trata de uma formação baseada nos princípios disseminados por Paulo Freire (1996). Nas lições relatadas por Durães-Pereira (2009), destacam-se: “saber ser, saber fazer e saber conviver em sala”.

Condições de Trabalho

Neste eixo temático, registram-se apenas 7% (n=7) dos estudos levantados. Estresse, *burnout*, ansiedade, saúde mental, vulnerabilidade e sofrimento no trabalho são temas de grande interesse. Camelo e Angerami (2004) diagnosticaram estresse em 62% dos trabalhadores das equipes de saúde da família, sendo que 83% estavam na fase de resistência e 17% na fase de quase exaustão, com predominância de sintomas psicológicos.

Os autores concluíram que o trabalho na comunidade se configura como um grande estressor, em razão dos problemas e situações de risco com os quais o ACS se depara. Ao focalizarem a síndrome de *burnout*, Telles e Pimenta (2009) evidenciaram deterioração da autopercepção de competência e falta de satisfação no trabalho, que se manifestam em sentimentos e atitudes negativas na atuação. A pesquisa de Martines e Chaves (2007) converge com as anteriores e enfatiza a vulnerabilidade desses profissionais.

Em oposição, uma avaliação feita por Resende et al. (2011) estimou que a saúde mental da amostra estudada estava preservada, embora a maioria tenha relatado alguns problemas de saúde e níveis moderados de ansiedade.

Muitos destes trabalhos discutem a necessidade de estratégias de acolhimento e apoio especialmente elaboradas para o ACS. Tendo esta preocupação, Kluthcovsky, Takayanagui, Santos e Kluthcovsky (2007) decidiram mensurar a qualidade de vida dos ACSs por meio do *World Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-bref), e constataram que o domínio físico foi o que mais contribuiu para o escore geral. O domínio psicológico foi o segundo mais significativo, o que reitera a necessidade de prevenir o esgotamento e o estresse que atingem os profissionais da área da saúde. Já o domínio 'meio ambiente' pouco influenciou na qualidade de vida geral dos ACSs.

Por outro lado, Ursine, Trelha e Nunes (2010) também avaliaram a qualidade de vida de ACSs com o WHOQOL-bref e identificaram que, apesar das condições de trabalho serem precárias e promotoras de sofrimento aos ACSs, houve avaliação positiva para as questões que compõem a qualidade de vida geral e para os domínios físico, psicológico e relações sociais.

Os autores enfatizam que a qualidade de vida e a melhoria das condições de saúde da população brasileira dependem da participação social, do modelo de gestão adotado pelo Estado e de um conjunto de ações desenvolvidas pelos profissionais na área da saúde. É necessário ainda estabelecer compromissos mútuos entre os trabalhadores, os gestores e a comunidade, uma vez que, o papel dos ACSs é importante para a consolidação do modelo de saúde, centrado no cuidado dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

De modo geral, esta revisão de estudos brasileiros reafirma a importância de analisar a complexa prática profissional que caracteriza a atuação do ACS em nosso sistema de saúde. Conclui-se também, que é necessário priorizar programas de formação continuada, que capacitem o profissional para lidar com as múltiplas e diversificadas demandas de sua intervenção no campo da

Saúde Comunitária. Reconhecendo o impacto das ações do ACS para o bem-estar da população, recomendam-se mais pesquisas empíricas que enfoquem seu protagonismo social.

Após situar brevemente as bases regulamentares da profissão do ACS, o contexto sociohistórico deste profissional, bem como, delinear seu âmbito de atuação, apresenta-se a seguir os eixos norteadores deste trabalho, questões relacionadas à promoção da saúde e à comunicação.

CAPÍTULO 2

PROMOÇÃO DA SAÚDE:

DEMILITAÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

Este capítulo contempla considerações teórico-conceituais sobre uma temática que, com a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, encontrou um solo promissor para sua consolidação e fortalecimento, adquirindo adeptos ao longo das últimas décadas – a promoção da saúde. Assim, com o intuito de clarificar como este tema tem exercido uma crescente influência na organização dos serviços de saúde, propõe-se uma breve descrição histórica, conceitual e teórica associada ao termo, bem como, sua articulação com os processos de empoderamento resultantes na comunidade.

2.1. Delimitação Conceitual

O movimento em prol da promoção da saúde encontra produtivo espaço no campo da Saúde Coletiva, emergindo para romper com as barreiras impostas pelo modelo biomédico vigente na esfera da Saúde Pública.

Progressivamente, o movimento se fortaleceu, conquistando adeptos, e a promoção da saúde foi contemplada pelas políticas públicas e programas governamentais. Foram desenvolvidas novas interações, orientadas para melhoria da qualidade de vida da população. Essas ações, implantadas recentemente, contribuíram para o PACS e o PSF, que criados respectivamente em 1991 e 1994, pelo Ministério da Saúde, visam inverter o modelo vigente brasileiro, de caráter assistencial, com reflexo em ações curativas, cujo custo é elevado e seu impacto para a prevenção de doenças e promoção da saúde é muito baixo. Neste sentido, ações voltadas para a atenção primária passaram a ser eleitas como prioritárias (Ministério da Saúde, 2001a, 2001b; Reis, 1998; Souza & Grundy, 2004).

Contribuindo neste processo de transformação social, outra etapa importante foi a regulamentação da profissão de ACS, pela Lei 10.507 (2002). Esta determina que o profissional deve realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde individual e coletiva, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, atuando, sobretudo, como gerador de hábitos de vida saudáveis.

Mas, ainda hoje, a delimitação entre promoção da saúde e prevenção de doenças não está suficientemente clara. Medidas de promoção e de prevenção são realizadas conjuntamente, sendo que, para esta última, enfatiza-se o controle de riscos associados a algumas enfermidades (Calatayud, 2009; Staliano & Araujo, 2011).

Tal impasse na distinção prático-conceitual entre promoção da saúde e prevenção de doenças é apontado pela literatura especializada como sério empecilho para a definição dos objetivos das intervenções e projeção de resultados esperados, repercutindo-se em ações dispersas e incoerentes (Mello, 2000; Sícoli & Nascimento, 2003; Staliano & Araujo, 2011).

Segundo Traverso-Yépez (2007), até mesmo no texto de implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, verifica-se este dilema prático-conceitual, uma vez que se fazem reiteradas referências ao fortalecimento de ações de prevenção e controle de doenças e agravos.

Promoção da saúde é um conceito complexo e multideterminado, calcado na concepção ampliada de saúde e que envolve tanto as dimensões social, psicológica, econômica e espiritual, como a biomédica. Também pode ser entendida como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua saúde e qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Ministério da Saúde, 2007, p. 14). Isto implica dizer que, para atingir o completo bem-estar, as pessoas precisam saber reconhecer e satisfazer necessidades e aspirações seja em âmbito individual ou coletivo, bem como modificar seu meio ambiente favoravelmente.

Neste sentido, promover saúde é responsabilidade de todos os setores sociopolíticos e não se circunscreve apenas ao setor da saúde. Como se prioriza o bem-estar global, muitas são as ações exigidas (Traverso-Yépez, 2007).

Do ponto de vista de Campos, Barros e Castro (2004), este é um campo teórico-prático-político que:

[...] delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. [...] Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo. (p.746)

Consideram, ainda, que a intersetorialidade das ações constitui estratégia de enfrentamento dos problemas intimamente relacionados à condição de saúde da população, como meio ambiente, urbanização, segurança alimentar e nutricional, desemprego, moradia, dentre outros (Campos et al., 2004).

De acordo com Sícoli e Nascimento (2003), a promoção da saúde agrega duas dimensões. A primeira é conceitual e corresponde aos princípios, premissas e conceitos que alicerçam o discurso da promoção da saúde. A segunda é metodológica e se refere às práticas, estratégias, planos de ação, modos de intervenção e instrumentos. Para alguns autores, o dilema conceitual entre promoção e prevenção não reside em seu conteúdo teórico, mas sim, em suas respectivas práticas, ou seja, na dimensão metodológica (Buss, 2003; Mello, 2000; Sícoli & Nascimento, 2003).

Na literatura especializada, é possível diferenciar os teóricos segundo as concepções de promoção que adotam. O primeiro grupo restringe a noção a atividades de mudança comportamental relacionadas ao estilo de vida das pessoas. Nele, concentram-se ações educativas

visando eliminar comportamentos de risco, tais como fumar, sedentarismo, dieta não balanceada, direção perigosa no trânsito, entre outros. O segundo grupo reconhece a importância das atividades salientadas pelo primeiro, mas sugere ampliar esta concepção para além do desenvolvimento de habilidades individuais e comunitárias. Para os autores deste grupo, saúde é fruto da inter-relação de inúmeros fatores que visam à qualidade de vida e que dependem da ação conjunta entre as esferas política, legislativa, fiscal e administrativa, refletindo-se a intersetorialidade e integralidade (Buss, 2000; Freitas, 2003).

Já o conceito de prevenção de doenças baseia-se na compreensão dos riscos ou da probabilidade da pessoa se tornar doente, sendo que a efetivação de estratégias preventivas está vinculada ao índice e/ou prevalência de doenças na região em que vive uma comunidade. Portanto, suas intervenções almejam evitar determinadas doenças (Souza & Grundy, 2004).

Suchocka e Kovess-Masféty (2006) propõem um esquema comparativo entre promoção e prevenção, que auxilia em sua diferenciação prática (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização de prevenção e de promoção em saúde

Itens	Prevenção de Doenças	Promoção da Saúde
Objetivos	diminuir incidência de determinada doença	aumentar bem-estar pessoal e coletivo
Meios	eliminar ou reduzir fatores de risco	desenvolver fatores de resistência e condições favoráveis à saúde
Alvos	população geral e grupos vulneráveis	população geral
Momentos	quando do surgimento de sintomas	a todo momento
Modelos	epidemiologia clínica	Psicologia do desenvolvimento, modelo ecológico e sociocultural

Fonte: Suchocka & Kovess-Masféty (2006, p. 185, tradução nossa).

Tendo em vista as perspectivas anteriormente discutidas, a promoção da saúde consiste em um processo mais amplo e contínuo do que a prevenção, pois não enfatiza a doença e orienta-se por ações de incremento da saúde e do bem-estar em geral. A promoção inclui a prevenção e, acima de tudo, a participação de diferentes setores da sociedade para a educação em saúde (Czeresnia, 2003; Marcondes, 2004).

Segundo Koelen, Vaandrager e Colomé (2001), um dos maiores desafios das estratégias de promoção da saúde é justamente implementar mudanças nas esferas individual, social, cultural e organizacional, para favorecer a adoção de comportamentos saudáveis. Os autores complementam afirmando que, para que estas mudanças se concretizem, tanto nas pessoas quanto no ambiente, é imprescindível que ocorra um processo participativo, envolvendo ativamente as partes implicadas na mudança.

Na opinião de Marcondes (2004), tanto promoção, como prevenção, dão ênfase ao cuidado e não à cura. Porém, a prevenção é pautada por um modelo baseado na história natural das doenças e de enfoque epidemiológico, em que se procura antecipar e controlar a transmissão de doenças infecciosas e reduzir riscos para doenças crônicas. Estão previstos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, sendo que as ações que corresponderiam à promoção, realizam-se no primeiro nível de prevenção. Tal perspectiva se inscreve no primeiro grupo indicado por Leavell e Clark (1976) (ver Quadro 1).

Talvez este esquema desenvolvido por Leavell e Clarck (1976) possa dirimir dúvidas e vislumbrar o impasse prático e conceitual relacionado com promoção e prevenção, justamente por um conceito abarcar o outro. Ou seja, a prevenção primária inclui o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde (medidas adotadas para o incremento da saúde e do bem-estar em geral) e à proteção específica (medidas aplicáveis a uma doença ou grupo de doenças específicas, visando interceptar as causas das mesmas, antes que elas atinjam a pessoa).

Desta maneira, é possível afirmar que a concepção de promoção da saúde se torna mais coerente à luz do modelo dos determinantes sociais de saúde e doença, visto que ambas são concebidas como um processo dinâmico, construído histórica e socialmente. Suas propostas destinam-se ao empoderamento dos indivíduos e da coletividade (Buss, 2003; Czeresnia, 2003; Marcondes, 2004).

Tendo em vista que as condições de vida e trabalho dos usuários e comunidades estão relacionadas com sua situação de saúde, Buss e Pelegrini Filho (2007) citam como determinantes sociais da saúde os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

No entanto, não basta saber quais são os determinantes e ter clareza de sua influência na saúde, é necessário estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores e as mediações refletidas por eles sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (Buss & Pelegrini Filho, 2007).

Quadro 1 - Níveis de aplicação da medicina preventiva

Prevenção Primária		Prevenção Secundária		Prevenção Terciária
Promoção da saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação da invalidez	Reabilitação
<p>Educação sanitária</p> <p>Bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases de desenvolvimento da vida</p> <p>Atenção ao desenvolvimento da personalidade</p> <p>Moradia adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho</p> <p>Aconselhamento matrimonial e educação sexual e genética</p> <p>Exames seletivos periódicos</p>	<p>Uso de imunizações específicas</p> <p>Atenção à higiene pessoal</p> <p>Hábito de saneamento do ambiente</p> <p>Proteção contra riscos ocupacionais</p> <p>Proteção contra acidentes</p> <p>Uso de alimentos específicos</p> <p>Proteção contra substâncias carcinogênicas</p>	<p>Medidas individuais e coletivas para descoberta de casos</p> <p>Pesquisas de triagem</p> <p>Exames seletivos</p> <p>Objetivo: Curar e evitar o processo da doença</p> <p>Evitar a propagação de doenças contagiosas</p> <p>Evitar complicações e sequelas</p> <p>Encurtar o período de invalidez</p>	<p>Tratamento adequado para interromper o processo mórbido e evitar futuras complicações e sequelas</p> <p>Provisão de meios para limitar a invalidez e evitar a morte</p>	<p>Prestação de serviços hospitalares e comunitários para reeducação e treinamento, a fim de possibilitar a utilização máxima das capacidades restantes</p> <p>Educação do público e indústria, no sentido de que empreguem o reabilitado</p> <p>Emprego tão completo quanto possível</p> <p>Colocação seletiva</p> <p>Terapia ocupacional em hospitais</p> <p>Utilização de asilos</p>

Fonte: Leavell & Clarck (1976, p. 18)

O entendimento destas mediações, que se processam de modo complexo, oportuniza vislumbrar algumas questões, como por exemplo, por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade com os indicadores de saúde. Se por um lado a riqueza gerada por uma sociedade é um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, por outro, nem sempre o nível de desenvolvimento e riqueza de um país repercute em indicadores de saúde mais satisfatórios. Os autores apontam ainda que o estudo desta rede complexa de mediações permite direcionar as intervenções, visando à redução das iniquidades de saúde (Buss & Pelegrini Filho, 2007).

2.2. Aspectos Históricos

Ao longo destes 66 anos, ou seja, desde 1945, quando se utilizou pela primeira vez a expressão ‘promoção da saúde’ pelo historiador e médico Henry Sigerist, o discurso veiculado a esta expressão foi se modificando e evoluiu em função das necessidades e demandas da sociedade. Isto certamente refletiu nas ações propostas e desenvolvidas por profissionais e instituições, em especial, da área de saúde (Buss, 2000; Teixeira, 2001).

Sigerist (1945 conforme citado em Teixeira, 2001) afirmava que a prática médica deveria compreender três grandes princípios: a promoção da saúde; a prevenção dos agravos à saúde; e o tratamento e a reabilitação. No entanto, apenas no final do século XX esta conjuntura é retomada no campo da saúde. Ao definir promoção, ele enfatizou fatores bem gerais, como a necessidade de se prover condições de vida decentes, envolvendo boas condições de trabalho, educação, lazer, cultura e ainda, descanso (Buss, 2000; Sícoli & Nascimento, 2003)

No período de 1974 a 1978, começou a surgir paulatinamente, em âmbito internacional, a concepção e a prática de promoção da saúde. A princípio, o termo foi utilizado no documento ‘Uma Nova Perspectiva Para a Saúde dos Canadenses’, de autoria do ministro da saúde canadense Marc Lalonde. Esta publicação enfatizava fatores particulares da promoção, como ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, dando prioridade a medidas preventivas e programas educativos orientados à mudança de comportamento e estilo de vida. Posteriormente, o termo foi utilizado novamente na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, quando houve a discussão e o lançamento das seguintes propostas: ‘Saúde para Todos no ano 2000’ e ‘Estratégia de Atenção Primária de Saúde’(Buss, 2000; Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny, & Monticelli, 2006; Sícoli & Nascimento, 2003; Souza & Grundy, 2004).

Em 1986, realizou-se a Primeira Conferência Internacional em Promoção da Saúde, que aconteceu em Ottawa, no Canadá, cujo resultado foi um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, a Carta de Ottawa, que passou a ser referência mundial quando o assunto é o desenvolvimento de ações de promoção da saúde (Buss, 2000; Heidmann et al., 2006; Sícoli & Nascimento, 2003; Souza & Grundy, 2004).

A Carta de Ottawa oferece, basicamente, orientações sobre as estratégias de promoção da saúde e descreve cinco itens que precisam ser considerados, tais como: 1) desenvolvimento de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) fortalecimento da participação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5) reorientação dos serviços de saúde.

Outras orientações foram reconhecidas e reforçadas pelas conferências internacionais e regionais de promoção da saúde que sucederam a de Ottawa, como por exemplo:

- II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que aconteceu em 1988 na Austrália e originou a ‘Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis’;

- III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que aconteceu em 1991, na Suécia, cujo resultado foi a ‘Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde’;

- Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas, realizada em 1992, na Colômbia, o que resultou a ‘Declaração de Santa Fé e Bogotá’;

- I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, que ocorreu em 1993, em Trinidad e Tobago, cujo resultado foi a ‘Carta do Caribe para a Promoção da Saúde’;

- IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que aconteceu em 1997, na Indonésia, com a proposta da ‘Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde do Século XXI em diante’, dentre outras conferências internacionais e regionais, com iniciativa liderada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Buss, 2000; Heidmann et al., 2006; Sicoli & Nascimento, 2003; Souza & Grundy, 2004).

2.3. O Contexto Brasileiro

No Brasil, desde a década de 1970, podem-se destacar acontecimentos atrelados ao movimento de promoção da saúde, estimulados inicialmente pelas críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar, tendo como resposta o surgimento da Medicina Social e das Ciências Sociais em Saúde. Estas novas áreas comungavam de uma abordagem mais holística do ser humano, oportunizando uma assistência em saúde um pouco mais comprometida com a prevenção de doenças e com a promoção da saúde (Buss, 2000).

Na década de 1980, mais precisamente em 1986, concomitantemente ao surgimento da Carta de Ottawa, no Canadá, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde. Neste evento foram afirmados princípios da promoção da saúde, como determinação social e intersetorialidade. Logo em seguida, em 1988, institui-se a Constituição Federal, que sinaliza questões de promoção da saúde, referidas diretamente no Artigo 196. Na seção II, capítulo II do título VIII encontram-se as bases conceituais e organizativas do SUS, um marco importante na organização e estrutura do sistema de saúde brasileiro. As questões referidas na Constituição são reforçadas pela Lei Orgânica da Saúde, criada em 1990 (Buss, 2000; Constituição, 1988).

Em 1991 e 1994, respectivamente, o Ministério da Saúde (MS), ciente da necessidade de se atuar com promoção da saúde e prevenção de doenças, propôs o PACS e o PSF. E em 1998, o MS, em ação conjunta com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), lançou um programa de promoção da saúde, que incentivava os municípios a divulgarem suas atividades, por meio de um periódico intitulado 'Promoção da Saúde' (Buss, 2000; Souza & Grundy, 2004).

No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, onde prevalecem as desigualdades socioeconômicas, alguns fatores impedem que o movimento de promoção da saúde tenha uma participação efetiva no desenvolvimento social e econômico do país, tais como a manipulação de políticas públicas, interesses políticos e instabilidade política (Souza & Grundy, 2004).

Contudo, não se pode negar que nos últimos 20 anos ocorreram avanços significativos nas condições de saúde da população brasileira, o que pode ser notado por meio dos seguintes indicadores: queda da mortalidade infantil e natalidade, aumento do registro de atividades de vários programas, dentre eles, os de pré-natal, de estimulação ao aleitamento materno, de prevenção ao câncer de mama e de útero, de cobertura vacinal, etc. (Mello, 2000).

Mas, mesmo com a evidência destes avanços, não se pode deixar de se posicionar frente ao contexto político-econômico do país. E, ainda que a Constituição de 1988 tenha apregoado como diretrizes do SUS, o estímulo ao desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde, a descentralização da saúde, o incentivo à participação social e o fortalecimento da democracia, ainda é bastante incipiente a efetivação destas diretrizes, seja na esfera federal, estadual ou municipal (Mello, 2000).

Pensando na implementação e desenvolvimento de políticas públicas focadas na promoção da saúde, para as quais, “[...] os pressupostos básicos para viabilizar projetos em promoção da saúde continuam sendo a presença de governos democráticos com participação social efetiva e com determinação política de agendamento de propostas” (Mello, 2000, p. 1149), dificilmente se reconhece o sucesso dos inúmeros projetos propostos no território brasileiro, fazendo com que muitos destes projetos se mostrem reducionistas, com práticas individualistas e medicalizantes.

2.4. Prevenção de Doença e Promoção da Saúde

Aqui, cabe pontuar o teor das propostas assistenciais no campo da saúde em que, inicialmente, no âmbito da saúde pública, eram orientadas pela perspectiva da prevenção e, posteriormente, com o advento da saúde coletiva, começou-se a vislumbrar novas prioridades com a promoção. Porém, vale destacar que com as premissas emergentes da saúde coletiva, não se pode evidenciar uma perspectiva em detrimento da outra, ou mesmo preconizar uma transição entre elas. Deve-se, no entanto, haver uma complementaridade entre estas esferas, ou seja, trata-se de uma atualização e aperfeiçoamento, como argumenta Teixeira (2001), e não a substituição radical dos pressupostos que regem a prevenção para os da promoção.

Neste sentido, se faz importante situar e clarificar brevemente as questões subjacentes aos âmbitos da saúde pública e da saúde coletiva. Apesar de ser comum veicularem-se discursos que aproximam estes âmbitos, muitas vezes utilizados como sinônimos, Birman (2005) afirma que se trata de campos heterogêneos, uma vez que se referem a modalidades de discursos diferentes, fundamentados por bases epistemológicas diversas, com origens históricas particulares.

A saúde pública origina-se sob os preceitos da medicina moderna no final do século XVIII, como um contraponto entre a política médica e a medicina social. Este campo foi um dos responsáveis pela edificação e fortalecimento da produção de estratégias preventivas fundadas em discursos do naturalismo médico, baseados na cientificidade e medicalização do espaço social (Birman, 2005).

As ações em saúde, nesta perspectiva, focavam as epidemias e endemias em que os avanços biológicos evidenciavam o poder social da medicina, que por um lado, legitimava a prática e o discurso naturalista e, por outro, silenciava qualquer consideração de ordem simbólica e histórica. Assim, como enfatiza Birman (2005, p. 12), “[...] a Saúde Pública encontrou definitivamente seu solo fundador na Biologia, perdendo assim qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e que permitisse considerar a especificidade social das comunidades sobre as quais incide.”

A saúde coletiva, por sua vez, constitui-se frente à crítica sistemática da concepção universalista do saber médico-naturalista, entendendo a saúde de modo mais abrangente e complexo, em que uma rede de fatores se relacionam e influenciam direta ou indiretamente o processo saúde-doença. A literatura aponta que, a partir da década de 1920, houve a introdução das Ciências Humanas no âmbito da saúde, que passaram a refletir sobre algumas instâncias até então ancoradas na biologia como normal, anormal e patológico, enfatizando as relações e práticas sociais mediadas pela linguagem, cultura e história das pessoas, abrindo espaço para as representações e simbologias relacionadas à saúde e seus desdobramentos (G. W. S. Campos, 2000; Nunes, 2005).

No Brasil, o movimento da saúde coletiva iniciou-se na década de 1970, com considerável impulso na década seguinte, contribuindo decisivamente para a criação e edificação do SUS e enriquecendo a compreensão sobre os determinantes do processo saúde e doença (G. W. S. Campos, 2000; Nunes, 2005).

A noção de coletivo representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde, rompendo com a concepção de saúde pública, negando o monopólio dos discursos biológicos. Houve, assim, a transição do público para o coletivo, em que o Estado deixou de ser “[...] a única instância na gestão do poder e dos valores e se reconhece o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições. [...]”, como pondera Birman (2005, p. 14).

A saúde coletiva impulsionou a implementação do movimento em prol da promoção da saúde, que emergiu para renovar o campo da saúde pública, em uma época em que ações e serviços

eram orientados pelo modelo biomédico e geravam enormes insatisfações entre usuários, profissionais, gestores e nas comunidades. Uma noção de saúde limitada à ausência de doença não mais atendia às necessidades e expectativas da sociedade. Assim, intensos debates e experiências inovadoras conduziram a uma compreensão ampliada de saúde, na qual se reconhece a articulação entre fatores físicos, sociais e psicológicos (G. W. S. Campos, 2000; Staliano & Araujo, 2011).

O campo da saúde coletiva estabelece uma relação muito próxima com a pluridisciplinaridade, uma vez que a ampliação e complexidade instituídas ao processo saúde-doença, fundadas na interface entre natureza e sociedade, requerem diferentes leituras e permitem construir diferentes objetos teóricos, sem reconhecer e estabelecer entre eles qualquer relação hierárquica e valorativa (Birman, 2005; Nunes, 2005).

2.5. Teorias de Mudança de Comportamento Aplicadas à Saúde

A retórica promocional da saúde enfatiza o fortalecimento e disseminação do discurso sobre a 'saúde ampliada', privilegiando ações de prevenção para além do tratamento das doenças, utilizando-se de recursos midiáticos para tentar imputar às pessoas novos comportamentos e atitudes saudáveis, fomentando a participação comunitária nas estratégias implementadas com vistas a desenvolver ambientes saudáveis, e assim, diminuir os crescentes gastos na assistência à saúde (Castiel, 2004).

Retomando brevemente a compreensão sobre promoção da saúde, disseminada na literatura especializada, é possível considerá-la sob duas perspectivas, sendo que a primeira, mais comumente difundida, privilegia ações orientadas para a mudança de estilos de vida, visando à adoção de comportamentos saudáveis e configurando-se como uma forma de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde, o que reduziria o peso financeiro na assistência de saúde. Na segunda perspectiva, as estratégias de promoção da saúde atuam de modo a criar mudanças na relação entre cidadãos e Estado, pela ênfase em políticas públicas e ação intersetorial (Buss, 2000; Castiel, 2004; Freitas, 2003).

Tais evidências suscitam a aplicação de teorias e modelos nesta área que presumem a mudança de comportamento, seja na esfera individual ou na relacional. Essencialmente, os principais modelos e teorias aplicados na promoção da saúde podem ser resumidos da seguinte forma: a) teorias que procuram explicar comportamentos e mudanças comportamentais focando características individuais; b) teorias que explicam mudanças em comunidades e ações comunitárias para a saúde; e c) Modelos que explicam mudanças em organizações e a criação de práticas organizacionais que incentivem hábitos saudáveis (Marziale & Jesus, 2008; Travassos & Martins, 2004).

2.5.1. Teorias com Foco nos Usuários

As teorias e modelos neste grupo tentam explicar por que as pessoas praticam ou não determinado comportamento de saúde, evidenciando as etapas que as mesmas vivenciam quando optam pela mudança comportamental (Travassos & Martins, 2008).

Assim, a percepção que a pessoa tem da probabilidade de contrair determinada doença, bem como da gravidade e das consequências de adoecer, influenciam a adoção de certos comportamentos associados a um determinado estilo de vida (Dias, Duque, Silva, & Durá, 2004; Kalichman & Hospers, 1997).

No entanto, o comportamento individual também está sujeito a inúmeras influências externas, como a interação social, questões culturais e ambientais. Dessa forma, mesmo que cada teoria ou modelo esteja pautado em premissas específicas, são unânimes em concordar que as mudanças de comportamento ocorrem pela alteração de potenciais situações e relações sociais que produzem risco, percepções de risco, atitudes, crenças, intenções e expectativas de resultados (Kalichman & Hospers, 1997).

2.5.1.1. Modelo de Crenças em Saúde

Este modelo foi proposto por Rosenstock (1974) e baseia-se em três dimensões que interagem entre si e influenciam as percepções de uma pessoa a respeito de determinada doença. A saber:

- a) Suscetibilidade percebida: refere-se à percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença. Quanto maior a suscetibilidade percebida, maior a motivação para praticar comportamentos que levem à promoção da saúde.
- b) Gravidade percebida: a gravidade ou seriedade da doença pode ser avaliada tanto pelo grau de perturbação emocional, criada ao pensar na doença, quanto pelos tipos de consequências que a doença pode acarretar (dor, deficiência ou morte, gasto material, interrupção de atividades, perturbações nas relações familiares e sociais).
- c) Benefícios e barreiras percebidas: após avaliação dos prós e contras de determinado comportamento de saúde, a pessoa decide se seus benefícios percebidos (como evitar uma doença potencialmente fatal) excedem suas barreiras (como causar efeitos colaterais desagradáveis ou desencadear reações desagradáveis dos seus amigos), onde o indivíduo sucumbe às pressões sociais percebidas.

Este modelo reconhece que conselho de amigos, campanhas de saúde nos meios de comunicação e fatores sociodemográficos como idade, status socioeconômico e gênero interferem na probabilidade que o indivíduo venha a agir de determinada maneira (Dela Coleta, 1999).

O modelo de crenças de saúde revela a relação entre o que a pessoa acredita e como ela age. A crença de uma pessoa é fruto de suas ideias, convicções e atitudes sobre saúde e doença, segundo Rosenstock (1974). Crenças sobre saúde podem ter como base informações e

desinformações, sendo comuns em certa comunidade ou família os mitos, realidades vividas ou falsas concepções. Portanto, as crenças tanto podem promover a saúde como influenciá-la negativamente.

Quanto aos benefícios percebidos ou barreiras para a tomada de atitudes, neste modelo, acredita-se que a pessoa toma decisões positivas em relação à saúde quando aceita que realmente é suscetível àquela doença e percebe o grau de gravidade causado pela enfermidade. Assim, a crença de uma pessoa sobre a disponibilidade e efetividade das várias ações, e não os fatos objetivos sobre os benefícios da ação, é que determinam a iniciativa e posição que a pessoa irá assumir em relação à sua saúde ou doença (Rosenstock, 1974).

2.5.1.2. Teoria da Ação Racional

A teoria da ação racional foi inicialmente desenvolvida por volta da década de 1960 por Fishbein e Ajzen. Esta teoria entende que as pessoas são racionais, utilizam as informações disponíveis e avaliam as implicações de seus comportamentos, para posteriormente decidirem por sua realização (Ajzen & Fishbein, 1970, 1977).

A exemplo do modelo de crenças de saúde, a teoria da ação racional também procura estabelecer relações entre crenças, atitudes, intenções e comportamento, cujos objetivos consistem em compreender o (1) interesse por predizer e entender o comportamento e, ainda, este sendo fruto de escolhas conscientes por parte do indivíduo, (2) precisar a intenção para realizá-lo (Ajzen & Fishbein, 1977; Fishbein & Ajzen, 1974a, 1974b).

1) Atitude para com o comportamento: determinada pela crença de que realizar tal comportamento levará a certos resultados baseados na visão de outras pessoas no que diz respeito ao comportamento em questão.

2) Intenção de agir como norma subjetiva: reflete a motivação da pessoa em obedecer as visões de outras em relação a determinado comportamento em questão. As pessoas apresentam intenções fortes para agir quando a sua atitude para o comportamento é positiva e quando acreditam que as outras pessoas pensam ser o comportamento apropriado.

A teoria de ação racional, conceitualmente, está muito próxima ao modelo de crença de saúde, contudo, acrescenta o construto da intenção comportamental, a capacidade volitiva como determinante do comportamento saudável. Ambas as teorias centram-se na percepção da suscetibilidade, benefícios e impedimentos para a mudança de comportamentos. A teoria de ação racional, porém, centra-se, em especial, no papel da intenção pessoal de determinar se um comportamento há de ocorrer, baseada na atitude da pessoa em relação ao comportamento e na influência social (Ajzen & Fishbein, 1977; Fishbein & Ajzen, 1974a, 1974b).

2.5.1.3. Modelo Transteórico

O modelo transteórico, também conhecido como modelo de estágios de mudança, foi formulado no início de 1990, por Prochaska et al. (1994). Pensado inicialmente para explicar o comportamento relacionado ao ato de fumar, este modelo tem sido aplicado a uma variedade de comportamentos em saúde.

Ele postula cinco etapas que a pessoa ou grupo vivencia no processo de mudança de comportamento. Estes estágios são definidos em termos de comportamentos passados e intenções futuras. São eles (Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011; Prochaska et al., 1994):

- 1) Précontemplação: A pessoa não tem a intenção de mudar o seu comportamento nos próximos seis meses.
- 2) Contemplação: A pessoa tem a séria intenção de mudar o comportamento nos próximos seis meses, diante do reconhecimento da existência e seriedade de um problema.
- 3) Preparação: A pessoa pretende agir num futuro próximo (em geral no próximo mês). Este estágio envolve pensamentos e ações que favorecem a mudança.
- 4) Ação: O comportamento já foi incorporado por menos de seis meses.
- 5) Manutenção: A ação já acontece há mais de seis meses e as chances de retorno ao antigo comportamento são mínimas.

O modelo de estágios de mudança reconhece que as pessoas avançam e retrocedem ao longo destes estágios de forma não linear, sendo que muitos pacientes podem ter recaídas da fase de manutenção para a preparação, uma vez que o comportamento não tenha completado efetivamente seu processo de mudança.

O modelo reconhece ainda que distintos processos comportamentais, cognitivos e sociais, podem ser preponderantes ao longo do percurso que as pessoas vivenciam para atingir seus objetivos. Tais processos incluem conscientização (busca de mais informações sobre o comportamento prejudicial à saúde), contracondicionamento (substituição do comportamento que está sendo alvo da mudança por outro alternativo) e administração com reforço (instituição de recompensas de si mesmo ou de outras pessoas pelo sucesso) (Norcross et al., 2011; Prochaska, Wright, & Velicer, 2008).

2.5.2. Teorias com Foco na Comunidade

As teorias e modelos que procuram explicar mudanças em comunidades e ações comunitárias à saúde ponderam que, ao focalizar apenas o processo psicológico individual na mudança de comportamento, ignora-se a relação interativa deste na sua dimensão social, cultural e econômica, perdendo a possibilidade de compreender determinantes cruciais do mesmo (Frank, Zhao, & Borman, 2004; Lee & Schumann, 2002).

Essencialmente, as normas sociais, os critérios religiosos e a relações de gênero e poder atribuem sentido ao comportamento das pessoas. Os mesmos podem favorecer a instituição de

mudanças, tanto positivas quanto negativas. Assim, o objetivo central destas teorias é tentar explicar mudanças na comunidade para assim, repercutir em mudanças comportamentais (Frank et al., 2004; Lee & Schumann, 2002).

2.5.2.1. Teoria da Difusão da Inovação

A teoria da difusão da inovação foi postulada por Rogers na década de 1960. Ela descreve o processo de como uma ideia é disseminada em uma comunidade. Quatro elementos essenciais estão atrelados a esta teoria: a inovação, a sua comunicação, o sistema social e o tempo. Todos presumem a importância da comunicação na mudança de comportamento em saúde.

Assim, a exposição das pessoas a uma nova ideia, que ocorre dentro de uma rede social ou por intermédio de recursos midiáticos, irá determinar o índice da adoção de um novo comportamento por parte de várias pessoas (Giacomini Filho, Goulat, & Caprino, 2007).

A teoria partilha do entendimento de que as pessoas têm maior probabilidade de adotar comportamentos saudáveis quando o juízo atribuído a este comportamento é comunicado por pessoas por quem elas nutrem respeito ou admiração (Giacomini Filho, et al., 2007; Lee & Schumann, 2002).

Neste sentido, quando crenças benéficas de prevenção e promoção são instituídas e amplamente defendidas dentro da rede social imediata de uma pessoa, o comportamento individual torna-se mais suscetível de ser consistente com as normas sociais percebidas. As intervenções que usam esta teoria geralmente investigam o melhor método para espalhar mensagens dentro de uma comunidade e procuram saber quem são os líderes capazes de agir como modelos para mudar suas normas (Frank et al., 2004).

2.5.2.2. Teoria da Influência Social

Esta teoria educacional é baseada na concepção de que as pessoas adotam comportamentos em saúde, geralmente, em função das influências da sociedade, em especial, de seus pares. Ela propõe a exposição das pessoas, especialmente os jovens a pressões sociais, enquanto lhes é transmitido conhecimento sobre habilidades para identificar e lidar com estas pressões. Igualmente à teoria da difusão da inovação, esta teoria também se apoia em pessoas que desempenham papéis modelo para as pessoas (Burke, 2002).

Em linhas gerais, as teorias e modelos sociais entendem os comportamentos individuais incorporados em seu contexto social e cultural. Em vez de focalizar processos psicológicos, como base para os comportamentos em saúde, tendem a considerar as normas vigentes na sociedade, relações e desequilíbrios sociais como criadores do sentido e determinantes do comportamento e das mudanças comportamentais. Elas enfatizam que quando as mudanças são instituídas na comunidade têm maior impacto no comportamento das pessoas que pretendem mudar ou que já realizaram alguma mudança e reuni esforços para mantê-la (Burke, 2002).

2.5.3. Teorias com Foco nos Fatores Estruturais e Ambientais

Muitas vezes, os fatores estruturais e ambientais, para além dos individuais e sociais, incidem sobre os determinantes dos comportamentos em saúde. Estes fatores abarcam elementos civis e organizacionais, bem como questões políticas e econômicas, atrelados ao conceito mais abrangente de promoção da saúde, que possui interface com a intersectorialidade (Fragelli & Günther, 2008; Marziale & Jesus, 2008; Shankand, Saïas, & Friboulet, 2009).

2.5.3.1. Modelo Ecológico Social para a Promoção da Saúde

De acordo com McLeroy, Bibeau, Steckler e Glanz (1988), este modelo evidencia o comportamento como resultado de interesses, determinado pelos seguintes fatores:

- 1) Fatores intrapessoais – características do indivíduo, tais como conhecimento, atitudes, comportamento, autoconcepção, habilidades;
- 2) Processos interpessoais e redes sociais formais e informais de grupos primários e sistemas de apoio social, incluindo a família, grupos de trabalho e amizades;
- 3) Fatores institucionais – instituições sociais com características organizacionais, regras e regulamentos formais e informais para o seu funcionamento;
- 4) Fatores comunitários – relacionamento entre organizações, instituições e redes informais dentro de fronteiras definidas;
- 5) Política pública – leis e políticas locais, estatais e nacionais.

Stokols (1996, 1998) expõe que entre seus principais pressupostos pode-se destacar que o bem-estar das pessoas é influenciado por múltiplos fatores alocados no ambiente físico e social; análises da saúde e da promoção da saúde devem focalizar a multidimensional e complexa natureza dos ambientes humanos; as relações entre indivíduos e ambientes são caracterizadas, basicamente, por ciclos de influência mútua e interdependência, de modo que aspectos físicos e sociais do ambiente influenciam diretamente a saúde dos indivíduos; e ainda, os indivíduos modificam o ambiente por meio de suas ações individuais ou coletivas.

2.5.3.2. Teoria para a Mudança Individual e Social

Esta teoria estabelece que a mudança social acontece por meio do diálogo para construir uma percepção crítica das forças sociais, culturais, políticas e econômicas que estruturam a realidade. Em outras palavras, este diálogo potencializa, ou mesmo empodera as pessoas, repercutindo no aumento da capacidade de resolução de problemas de um modo participativo. Isso permite aos participantes compreender as forças pessoais, sociais, econômicas e políticas nas suas vidas, de modo a desencadear ações para melhorar a sua situação (Israel, Checkoway, Schulz, & Zimmerman, 1994).

Israel et al. (1994) fazem uma distinção entre empoderamento pessoal, organizacional e comunitário. O empoderamento pessoal é referente aos processos psicológicos, estabelecendo íntima relação com autoeficácia e autoestima. O empoderamento organizacional abarca tanto os processos que permitem aos indivíduos aumentar o seu controle dentro da organização, como os que permitem à organização influenciar políticas e decisões na comunidade. E, por fim, uma comunidade ‘empoderada’ utiliza as competências e os recursos dos indivíduos e das organizações para suprir suas respectivas necessidades.

As teorias e modelos estruturais e ambientais percebem o comportamento humano como uma função não apenas do indivíduo ou dos seus relacionamentos sociais imediatos, mas como algo que depende também da comunidade, da organização e do ambiente político e econômico (Shankand et al., 2009; Stokols, 1996, 1998).

Assim, as intervenções que usam esta perspectiva devem priorizar na mesma proporção o apoio aos estilos de vida saudáveis, a criação de redes de colaboração intersetorial, a participação da comunidade e também capacitar as pessoas e as comunidades, visando o empoderamento individual e comunitário (Koelen et al., 2001).

2.6. Promoção da Saúde e Empoderamento: um Diálogo Possível

A promoção da saúde dialoga com inúmeros conceitos, o que resulta no fato de muitos autores exporem sobre a falta de clareza conceitual do termo (Parreira, 2003; Souza & Grundy, 2004).

Segundo Parreira (2003), no estudo intitulado “Contribuições da Psicologia para a constituição de novos campos de saberes e de práticas em promoção da saúde”, cita alguns dos conceitos com os quais a promoção da saúde estabelece interlocução, são eles: resiliência, enfrentamento, autoestima, empoderamento, autocuidado, desenvolvimento humano, qualidade de vida, prevenção de doenças, complexidade, estratégias educativas e estratégias de desenvolvimento. Conceitos entendidos não apenas como importantes, mas fundamentais e necessários para aprimorar as discussões, tanto na dimensão conceitual, quanto na metodológica.

Contudo, considerando o foco da Psicologia da Saúde Comunitária adotada neste trabalho, optou-se pela discussão breve do conceito de empoderamento, que é concebido pela OMS, como um de seus princípios fundamentais, quanto à proposta de programas, atividades e políticas, juntamente com os outros princípios: concepção holística, intersetorialidade, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (Sicoli & Nascimento, 2003; Souza & Grundy, 2004).

A expressão ‘empoderamento’ foi incorporada ao dicionário da Língua Portuguesa por Paulo Freire, e pode ser entendida como o aumento do poder e da autonomia, tanto pessoal quanto coletiva, de pessoas e grupos sociais, seja nas relações interpessoais ou institucionais. Assim, a pessoa, o grupo ou a instituição empoderada é aquela que realiza, por si mesma, as mudanças e

ações que a proporcionam evoluir e se fortalecer. Configurando-se como um movimento interno, de conquista, e não que ocorre de fora para dentro (Valoura, 2006).

Atrelando esse fator à promoção da saúde, é preciso fazer a distinção entre empoderamento psicológico e comunitário. Carvalho (2004) define empoderamento psicológico

[...] como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento de distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas. [...] (p.1090).

Nesse sentido, pode-se entender uma pessoa “empoderada” (com poder), àquela que é independente e autoconfiante, capaz de influenciar, com seu comportamento, o meio em que vive, com base em princípios próprios de justiça e equidade.

Pensando, especificamente, nesta noção de empoderamento, as estratégias de promoção da saúde são orientadas para fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação da pessoa ao contexto em que vive, fomentando ainda, o desenvolvimento de autoajuda e de solidariedade.

Para exemplificar, podem-se citar as práticas educativas que visam contribuir para a formação da consciência sanitária, através de um esforço pedagógico sistemático e permanente, com técnicas focais, calcadas em relações saudáveis entre a pessoa e seu contexto social (Carvalho, 2004).

Já o empoderamento comunitário é entendido por Carvalho (2004),

“[...] como um elemento-chave de politização das estratégias da Nova Promoção à Saúde [...] considerado ainda, como um processo, e um resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo, ou desacúmulo de poder no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas. [...]” (p.1091-1092).

O autor complementa dizendo que no processo de empoderamento comunitário podem-se encontrar vários fatores presentes na sociedade, que vão desde os que se referem ao plano individual, até aos de estruturas sociais macro, como o Estado, a economia e a política.

Tais evidências conduzem a refletir que ao se pensar estratégias de promoção da saúde na tentativa de desenvolver o empoderamento comunitário, é preciso que se atente para as diversas instâncias de funcionamento da vida em sociedade, como por exemplo, a intrapsíquica, a intersubjetiva, a familiar, a comunitária, a étnico-cultural, em um *continuum*. Aqui, as competências fomentadas nas pessoas refletem bem mais que necessidades individuais, proporcionando o desenvolvimento do pensamento reflexivo orientado para o coletivo, que é bem mais politizado. Carvalho (2004) enfatiza ainda que o empoderamento comunitário possibilita a “[...] remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade. [...]” (p.1093).

Dessa forma, o empoderamento comunitário pode fortalecer o movimento de reorientação dos serviços de saúde preconizado pelo SUS, e ainda, contribuir para superar as deficiências do movimento de promoção da saúde, em especial, quanto à ausência de estratégias efetivas de reorganização das práticas assistenciais. Ele oferece ainda respaldo no desenvolvimento e implementação de ações orientadas para superar as desigualdades existentes nas relações entre profissionais da saúde e usuários, em que não mais existiria uma relação de poder-saber, do profissional, e passividade do usuário, e sim, uma relação de troca e parceria entre eles (Carvalho, 2004).

Alguns trabalhos confirmam a relevância da participação comunitária para o alcance das metas esperadas. Valoriza-se, cada vez mais, a corresponsabilidade entre técnicos, comunidade e gestores (Ford & Yep, 2008; Scherer & Juanillo Júnior, 2008).

Neste cenário, o ACS configura-se como agente fundamental para fomentar tal participação e ser porta-voz dos valores, crenças, preconceitos e opiniões próprias de cada comunidade, uma vez que compartilha a mesma linguagem e cultura dos usuários. Suas intervenções não se resumem à garantia de acesso aos serviços de saúde para a população, mas no trabalho conjunto em favor de uma vida digna (Morosini et al., 2007; Scherer & Juanillo Júnior, 2008; Terpstra, Coleman, Simon, & Nebeker, 2009).

Aqui, pode-se destacar o trabalho dos ACSs, como promotores do empoderamento comunitário, cuja atuação pode ser entendida como um novo modo de se fazer saúde. Em que a demanda espontânea nos serviços de saúde cede lugar ao trabalho adstrito e visitas domiciliares. No entanto, para que essa modalidade de atendimento se projete de modo satisfatório, é importante que esse profissional possua habilidades de comunicação e interação que promova a adesão dos usuários. Aspecto tratado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 3

COMUNICAÇÃO NA SAÚDE:

PERSPECTIVAS CONCEITUAIS E PRÁTICAS EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Neste capítulo, propõe-se uma breve delimitação teórico-conceitual da comunicação, enfatizando sua importância no âmbito da saúde, balizada pela literatura especializada. Em seguida, abordam-se questões específicas da comunicação na atenção primária, bem como, descrevem-se os principais fatores que interferem na comunicação, com destaque para os aspectos que dificultam e os que por sua vez, facilitam a comunicação em saúde.

3.1. Delimitação Conceitual

A utilização da comunicação como instrumento de trabalho no âmbito da saúde não é recente. Embora somente a partir de 1960 seja possível constatar uma maior visibilidade e aplicabilidade nas práticas de saúde, em 1920, o sanitarista Carlos Chagas começou a associar técnicas de propaganda e educação em saúde nas atividades sanitárias campanhistas. Neste período da história brasileira, as ações sanitárias estavam pautadas em práticas coercitivas e repressivas, assim, a introdução da comunicação visava persuadir a população e superar as resistências ao regime político-social do país (Cyrino & Cyrino, 1997; Natansohn, 2004; Teixeira, 1997).

O modelo comunicacional adotado nesta configuração foi o de Lasswell “emissor-receptor”, pressupondo que, a partir da produção de estímulos pelo emissor, representado pelas instituições de saúde, seria possível obter resposta em massa nos receptores, representados pela população em geral. Este modelo visava à mudança de comportamento mediante o convencimento, no entanto, por não considerarem os complexos processos de atribuição de sentidos aos problemas de saúde, as campanhas não conseguiam transpor as barreiras situacionais, cognitivas e culturais com as quais se deparavam (Cyrino & Cyrino, 1997; Natansohn, 2004).

O modelo “emissor-receptor”, também entendido como modelo informacional, como apontam Araújo e Cardoso (2007), levou, portanto, educadores, comunicadores, planejadores e gestores da saúde a acreditarem que a comunicação limitava-se apenas à transferência de informações a uma população que nada sabia de relevante sobre os assuntos que diziam respeito a sua saúde e sua vida.

A partir dos anos 50, foi lançado um plano de desenvolvimento comunicacional, cujas ações eram consideradas fundamentais na luta contra os desequilíbrios sociais. Porém, no início da perspectiva desenvolvimentista ainda predominava o modelo de Lasswell, que enfatizava a transferência de mensagens e conseqüentemente, os significados desejados, com uma postura autoritária e centralizadora (Araújo & Cardoso, 2007; Cyrino & Cyrino, 1997).

Nesta perspectiva, a comunicação é entendida como um processo de repasse de mensagens de um emissor a um receptor, cuja maior preocupação, além de utilizar códigos reconhecíveis, é

eliminar os chamados “ruídos”, interferências que podem prejudicar a decodificação dessas mensagens, garantindo a linearidade do processo comunicativo (Araújo, 2004).

Por volta dos anos 60, o movimento desenvolvimentista recebeu a importante influência de Paulo Freire, com a implementação dos conceitos de participação comunitária, educação e comunicação para a saúde. Neste contexto, o desafio era romper com a verticalidade ‘emissor-receptor’ e a postura autoritária, que correspondiam a interesses alheios e não respeitavam a história e os contextos locais, impedindo a politização da população (Araújo & Cardoso, 2007; Natansohn, 2004).

Assim, a abordagem humanista e política na comunicação proposta por Paulo Freire inovou ao introduzir a concepção de comunicação dialógica, em que a população também possui conhecimentos pertinentes ao seu desenvolvimento. Freire considera ainda os fatores externos à comunicação, uma vez que estes exercem influência sobre como os receptores decodificam a informação, e ainda, reconhece que as pessoas pertencem a grupos sociais e que estes grupos possuem sua própria dinâmica (Araújo & Cardoso, 2007; Cyrino & Cyrino, 1997).

Este movimento de crítica e tentativa de superação do paradigma vigente e dominante até então, entendia a comunicação como um processo de troca simbólica, onde os papéis de falante e ouvinte são intercambiáveis. Assim, o processo comunicacional era orientado por um sistema interativo e didático, em que o emissor constrói significados e desenvolve expectativas na mente do receptor (Simões, Maciel, & Barbosa, 2007).

Tendo em vista estas questões, constata-se juntamente com Mendonça (2007) que o processo comunicacional assume distintas características e funções ao longo da evolução relacional da civilização. E ainda, que existem elementos imprescindíveis a quaisquer modelos ou processos comunicacionais, como o emissor, o receptor, a mensagem e o canal, seja qual for a área que a comunicação é aplicada.

Considerando a evolução do processo comunicacional, inicialmente não se previa a existência de ruídos ou interferências que, por ventura, pudessem incidir entre o emissor e o receptor no momento da transmissão da mensagem, em que o conhecimento e a informação pouco circulava entre as pessoas, famílias e comunidades, restringindo-se apenas a poucos grupos privilegiados de intelectuais (Araújo & Cardoso, 2007; Mendonça, 2007).

Alguns estudiosos, preocupados com a otimização da transmissão da informação, passaram a identificar e buscar compreender as interferências que, por sua vez, influenciam sobremaneira o processo comunicacional. Assim, os ruídos transitaram de fatores inexistentes e insignificantes a alvos de estudos e investigações. Partindo desta concepção, muitos elementos foram agregados a este processo, como a troca de experiências, os fatores culturais, a qualidade relacional, dentre outros, em que se enfatiza a dinamicidade do mesmo (Araújo & Cardoso, 2007; Cyrino & Cyrino, 1997; Mendonça, 2007).

Evidenciando o caráter dinâmico e multifatorial do processo comunicacional, Mendonça (2007) chama atenção para três características da comunicação que vem ganhando força: a hipermídiação, a hipertextualidade e a interatividade, que engloba outras ferramentas e recursos para mediar a relação direta e linear entre emissor e receptor. Neste contexto, o processo comunicacional deixa de ser “poucos-poucos” e passa a ser “todos-todos”.

Parafraseando Mendonça (2007), este modelo “[...] sugere a relação direta com a tecnologia convergente e suas produções de conteúdos mediados e redistribuídos num segmento inclusivo” (p. 31). Este modelo prevê entradas e saídas em fluxos contínuos de informações influenciadas diretamente pelos participantes do processo comunicativo, com extensiva participação da sociedade.

No final de 1970 e início dos anos 1980, temas específicos sobre a comunicação na esfera da relação profissional-usuário passaram a incorporar o repertório de questões levantadas em pesquisas, como, por exemplo, a linguagem de acordo com o público alvo, como forma de garantir maior eficácia nos procedimentos educativos e comunicativos (Cyrino & Cyrino, 1997; Natansohn, 2004).

Estes novos temas que passaram a suscitar o interesse dos estudiosos são oriundos do movimento da reforma sanitária brasileira, com a criação do SUS, uma estrutura que favorece a participação e controle da sociedade sobre a definição de políticas, planos e ações. Nesta nova configuração da saúde, Cyrino e Cyrino (1997) esclarecem que começa a ser valorizado o direito à informação como condição básica para o exercício pleno da cidadania, na mesma direção em que se buscam práticas e meio adequados a sua difusão.

Na sequência aborda-se a comunicação de acordo com os princípios do SUS, sua importante influência na atenção básica, seu reflexo no cuidado em saúde e a atuação do agente comunitário.

3.2. Comunicação e Atenção Básica

Em 1988, a Constituição Federal Brasileira em suas disposições sobre saúde cria o SUS, que foi regulamentado após dois anos pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a todo brasileiro. Dentro deste contexto, cabe destacar dois artigos da Constituição (1988):

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com

prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

O SUS foi, sem dúvida, um grande avanço no que se refere à assistência à saúde no Brasil, porém ainda não ocorre de maneira efetiva e eficaz, como foi configurado politicamente. De fato, precisa-se ainda galgar degraus um tanto íngremes para que seja realmente eficiente, contudo, configura-se como uma grande conquista, e vem sendo orientado pelo caminho democrático de saúde no Brasil. Os serviços de saúde, a cada dia, ampliam e aprofundam a relação entre os próprios serviços, seus profissionais e a população, havendo uma maior articulação com a comunidade (Góis, 2008).

Mesmo que a atenção primária tenha sido contemplada a partir da década de 1970, com o modelo de Medicina Comunitária originário na Inglaterra, visando incorporar inovações para diminuir os custos dos serviços, oportunizar a extensão da cobertura populacional, simplificar os recursos e fomentar a participação comunitária. A implementação dessas ações se fortalecem, no Brasil, com a instituição do SUS (Mendes, 1985).

Assim, a experiência brasileira de oportunizar os serviços mais próximos às pessoas se alicerça em experiências anteriores, a nível internacional, sob a assessoria da Organização Pan-americana de Saúde e fundações norte-americanas. Com uma atuação muito próxima das ações do ACS, envolvendo: a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas; atendimento adstrito; descentralização dos recursos; atuação em equipe; e, participação comunitária (Mendes, 1985).

Segundo Mendes (2001), a atenção primária se constitui como o primeiro contato de pessoas, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas, representando o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Esse autor complementa ainda afirmando que na atenção primária, os profissionais devem atender a três funções essenciais para que realmente exerça seu papel de integração dos serviços:

- 1 – o papel resolutivo: que consiste em resolver a grande maioria dos problemas de saúde mais comuns da população e que requeiram menos aparatos tecnológicos;
- 2 – o papel organizador: que refere-se em organizar os fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e,
- 3 – o papel de responsabilização: que incide na corresponsabilização dos profissionais pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde (Mendes, 2001).

Com a implantação do SUS no Brasil, priorizando, em especial, a descentralização e a regionalização dos atendimentos por meio dos Centros de Saúde, houve um aumento expressivo do acesso da população aos serviços de saúde, uma vez que estes centros passaram a ser considerados a principal porta de entrada do sistema de saúde (Scliar, 2002; Sucupira, 2007a).

Todavia, inicialmente os serviços destinados à população pelos Centros de Saúde estavam pautados, basicamente, no modelo médico-assistencial. Este modelo foi redimensionado quando os Centros de Saúde se transformaram em Unidades Básicas de Saúde (UBSs), cuja atenção priorizava a educação em saúde, visando à promoção e à prevenção (Scliar, 2007; Sucupira, 2007a).

O caráter de atendimento das UBSs se edifica com a implementação do PSF, criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, na tentativa de inverter o modelo de atendimento dos estabelecimentos e profissionais de saúde, baseado em ações curativas e remediadoras (Ministério da Saúde, 2001a). Porter (2001), dentre outros autores, afirmam que o investimento neste tipo de medidas curativas, denominadas pelo autor de “Band Aid”, apenas oneram os serviços de saúde e não contribuem efetivamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Contudo, a transição do modelo biomédico, centrado no profissional, baseado exclusivamente na dimensão biológica, para um modelo biopsicossocial, que procura contemplar todos os aspectos que permeiam o processo saúde-doença, sejam eles físico, mental ou social, não tem sido simples (Reis, 1998). O sistema de saúde ainda precisa superar muitos obstáculos para que esta configuração dos serviços realmente se concretize. Embora seja possível notar os esforços de muitos profissionais em ultrapassar as barreiras encontradas nos próprios serviços de saúde, como aponta Peckerman (2001), as reais condições dos serviços não acompanham os discursos produzidos politicamente.

Talvez esta necessidade de mudança de modelo de atendimento em saúde deva-se à heterogeneidade cada vez maior nas demandas com as quais os profissionais da área se deparam. Essencialmente, o declínio das doenças infecciosas, que requeria ao profissional uma atuação orientada à cura, acompanhou o aumento das doenças crônico-degenerativas, em que o objetivo não consiste na cura, mas na qualidade de vida das pessoas, visando à promoção da saúde (Adam & Herzlich, 2001; Scliar, 2007).

Além de que atuar em promoção da saúde requer do profissional maior envolvimento com a população, ou seja, depara-se com a necessidade de intervir no modo de vida das pessoas, tanto no que se refere à alimentação, como hábitos e comportamentos, sem deixar de se atentar para as questões familiares e sociais que envolvem a manutenção destes hábitos e comportamentos (Scliar, 2007; Sucupira, 2007a).

Neste sentido é que estratégias que priorizam a promoção, prevenção e educação em saúde vêm, cada vez mais, ganhando adeptos. Aqui, a doença é caracterizada não como algo estático, mas como um processo, que começa antes mesmo que a pessoa seja afetada. Daí a necessidade de se instituir estratégias que atuem na atenção primária, onde o processo de comunicação será fundamental, repercutindo na adesão ou não das pessoas às atividades propostas.

Um conceito de comunicação que condiz com a atenção primária é descrito por Teixeira (2004) que define a interface entre comunicação e saúde da seguinte forma: “comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para

influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (p.615).

Este autor complementa argumentando que a comunicação em saúde engloba mensagens bastante distintas e reforça a promoção da saúde por se tratar da área estrategicamente mais importante do setor, por estar intimamente relacionada com a qualidade de vida de modo geral. Assim, a comunicação além de compreender mensagens para promover e educar para a saúde, também pode ser orientada para prevenir doenças, sugerir e recomendar mudanças de comportamento, informar sobre exames e doenças, administrar medicamentos, dentre outras.

Tendo em vista que a comunicação não consiste apenas em um processo de transmissão de informações, mas, sobretudo, em uma forma de influenciar o comportamento das pessoas, explica-se o fato da qualidade da comunicação profissional de saúde-usuário influenciar diretamente na saúde dos usuários, traduzindo seu caráter social e educativo (Freire & Vilar, 2006).

Além da comunicação interpessoal, que é um fenômeno inato às pessoas, atuar na formação de conceitos, valores, crenças, conhecimentos e hábitos, ela também pode exercer grande influência sob o comportamento das pessoas, neste sentido, em especial, à promoção da saúde e prevenção de doenças, desde que leve em consideração o contexto sociocultural da população que se pretende atingir (Freire & Vilar, 2006).

Os autores Simões et al. (2007) comentam que o uso de múltiplos canais de comunicação é importante para estimular os sentidos. Estes autores afirmam ainda que quando quem está comunicando lança mão de vários recursos, mais impacto terá sobre quem está recebendo a mensagem, pois estará ativando suas habilidades sensoriais e perceptivas.

Ainda sobre a importância da comunicação em saúde, cabe ressaltar o caráter transversal, central e estratégico, pertinente ao processo comunicativo. Transversal por perpassar as várias áreas e contextos de saúde, tanto nos serviços quanto na comunidade. Central, pela ênfase na relação que os profissionais de saúde estabelecem com os usuários, sendo que os processos de adaptação psicológica às doenças também podem ser influenciados pela postura comunicacional adotada, que também irá interferir no comportamento de adesão dos usuários às recomendações e tratamentos propostos. E estratégico por estar relacionado com a satisfação dos usuários, ou seja, a avaliação que estes fazem da qualidade dos cuidados prestados pelo profissional de saúde, que inicia-se pela análise que fizeram das competências comunicacionais emitidas pelos profissionais no momento da interação (Teixeira, 2004).

Considerando as interações comunicacionais nos cuidados em saúde, Cosnier (1994) aponta três componentes básicos que podem ser identificados na observação direta do processo interativo face a face: multicanal, multifuncional e contextualizadas. É entendida como multicanal por se processar por meio de trocas, em que se deve considerar as produções verbais, as mímicas, os gestos, os olhares, isto é, a comunicação verbal e não-verbal. A multifuncionalidade transcende o que é dito no ato comunicacional, ou seja, considera-se o que se faz para além do que se diz. E,

por fim, os dois primeiros devem se apoiar em uma análise contextual, que compreende a situação, os participantes a relação e a plataforma comunicativa.

Apoiando-se nestas premissas, uma comunicação efetiva em saúde exerce importante influência, tanto na esfera individual quanto na comunitária. Assim, sendo mais pontual, com foco nos usuários individualmente, pode ajudá-los a tomar consciência das ameaças para a saúde, mobilizando-os à mudança de comportamentos de risco, ao reforçar atitudes favoráveis a proteção pessoal, bem como, ajudando na utilização dos serviços e recursos de saúde. Quando o foco é a comunidade, pode promover mudanças positivas nos ambientes socioeconômicos e físicos, visando melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adoção de normas que contribuem positivamente para a saúde e a qualidade de vida (Teixeira, 2004).

No contexto da atenção primária, o ACS se configura como um profissional que pode influenciar sobremaneira o comportamento dos usuários, visando, basicamente, a promoção da saúde. Mas para que isto ocorra, o papel de mediador desempenhado pelo ACS, não pode ser encarado pura e simplesmente como um canal de transmissão de informações, ou como tradutor que apenas reproduz o que lhe passam em uma linguagem mais acessível à comunidade, mas mediador no sentido de ser “[...] um dos elos na ampla e dinâmica rede de comunicação sobre saúde [...]”, uma vez que, assim como os outros profissionais, “[...] ele pensa, sente, sabe, elabora estratégias e imprime seus próprios sentidos no conteúdo que recebe para repassar”. (Araújo, 2007, p. 111).

Para Inosoja (2008), a comunicação reflete a reciprocidade, que está pautada na confiança, que por sua vez, só se estabelece se há alguma identificação entre as partes envolvidas no processo. Sendo assim, o ACS antes de ser profissional, é um vizinho na comunidade, o que não é difícil as pessoas se identificarem com ele.

Muitas vezes, os profissionais de saúde das unidades básicas não conseguem estabelecer um ambiente satisfatório para que a comunicação ocorra entre os usuários, por não assumirem uma postura que gere confiança. Neste tipo de relação, dificilmente o usuário irá seguir a prescrição medicamentosa ou de mudança de comportamento administrada pelo profissional (Inojosa, 2008).

Quando se objetiva a adesão do paciente no contexto da atenção básica, Sucupira (2007a) comenta que a relação entre profissional da saúde e usuário está alicerçada em um contrato simbólico, que precisa ser renovado a cada encontro, a cada visita domiciliar, a cada procedimento realizado. Não há necessariamente uma assinatura, a adesão do mesmo precisa ser conquistada, cujo principal determinante é a relação construída entre o profissional e o usuário.

Esta autora postula três dimensões relacionadas ao atendimento em saúde, que refletem diretamente na qualidade da relação do profissional com o usuário: a afetiva, a cognoscente e a operatória. A dimensão afetiva refere-se à atitude assumida pelo profissional que propicia o apoio, como a disponibilidade para confortar, a solidariedade para compartilhar e, ainda, a paciência para ouvir. Já a dimensão cognoscente retrata o conhecimento pertinente ao profissional que o auxilia na

construção do diagnóstico. E a dimensão operatória mune o profissional das estratégias que definem a terapêutica que se traduz, por exemplo, na administração de um medicamento ou proferindo uma simples palavra de orientação (Sucupira, 2007a).

A dimensão afetiva fica evidente no momento do acolhimento, que é apontado na literatura como de extrema importância para que o usuário desenvolva a confiança necessária e que irá refletir em seu comportamento ao longo do atendimento. Assim, as palavras iniciais, a postura do profissional, suas atitudes, o tom de voz, as expressões faciais, que constituem as formas de comunicação verbal e não-verbal, são decisivas para que o usuário se sinta acolhido e influenciam em uma maior ou menor responsividade do mesmo às estratégias propostas (Sucupira, 2007b; Van Der Molen & Lang, 2007).

A aplicação e a utilização satisfatória das dimensões cognoscente e operatória dependem sobremaneira da capacidade de escuta e de manter o diálogo durante o atendimento, uma vez que, a adoção de uma atitude aberta e atenta, que favorece o diálogo, propicia a participação ativa do usuário e permite ao profissional agregar novos dados para a compreensão do problema (Sucupira, 2007b; Van Der Molen & Lang, 2007).

Além de o profissional adotar esta postura visando favorecer maior participação e envolvimento do usuário, ele precisa buscar entender a queixa para além dos sintomas físicos, investigando o padrão alimentar, isto porque muitos problemas de saúde são influenciados pela dieta; os antecedentes pessoais, que possibilitam relacionar problemas anteriores de saúde com a queixa atual; os antecedentes familiares, que aponta tanto os componentes hereditários para determinada doença, como evidencia o modo com que a família lida com o processo saúde-doença; e as condições de vida, que inferem sobre a inserção social das pessoas, indicando o acesso aos bens e serviços de saúde (Sucupira, 2007a; 2007b).

3.3. Comunicação e Educação em Saúde

Os conceitos de comunicação e educação se retroalimentam no sentido de que, para o processo educacional se efetivar de modo satisfatório, é necessário que se estabeleça uma comunicação cujos recursos e ferramentas instituídos reflitam e representem a efetividade do processo educacional. Destacando o âmbito da atenção básica na saúde, estes conceitos respaldam a dinâmica do processo de democratização e descentralização da saúde, os quais funcionam como elementos catalisadores do processo de mudança das práticas sanitárias e pedagógicas (Epstein, 2001; Sá, 1973).

Neste contexto, algumas teorias e metodologias são mais viáveis e conseguem se edificar e alicerçar a prática dos profissionais, dentre elas os pressupostos e premissas estabelecidas por Paulo Freire com a pedagogia do oprimido. Nesta teoria, aos usuários ditos “oprimidos do Terceiro Mundo”, é concedido o direito tanto da autoexpressão quanto da expressão de mundo, participando na construção e reconstrução do processo histórico da sociedade (Freire, 1996).

Esta matriz de pensamento reflete um modelo de comunicação horizontal, democrático e participativo, que frente às atuais demandas no campo da saúde, visam o bem-estar humano que, por sua vez, implica na interação entre as distintas esferas do conhecimento e faz com que a comunicação e a educação se tornem fatores preponderantes no processo de promoção da saúde e prevenção das enfermidades (Epstein, 2001; Freire, 1996).

Nesta perspectiva, os profissionais da saúde têm se apropriado dos saberes comunicacionais com o intuito de obterem melhores resultados em sua práxis educativa, pois sabem que a comunicação tem sido um fator proeminente na administração da saúde, assumindo relevância reconhecida na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de certas doenças, seja na esfera da relação profissional x usuário, seja na implementação de estratégias com pequenos grupos, ou ainda, por meio do papel exercido pela mídia na comunicação de massa (Epstein, 2001).

Ponderando juntamente com Sá (1973), comunicar requer interação, representando a ação de comungar e compartilhar ideias, sentimentos e atitudes. Ou seja, trocar experiências socialmente significativas, consistindo ainda em um esforço para a convergência de perspectivas e reciprocidade de concepções, implicando em certo grau de ação conjugada ou cooperação.

Para tanto, argumenta Sá (1973) que toda sociedade adota um conjunto de signos e de regras que deixa de ser arbitrário por força das convenções tácita e coletivamente aceitas. Sendo assim, a adoção de símbolos inteiramente novos e estranhos, poderia isolar as pessoas do resto da comunidade.

Aplicando estes preceitos da comunicação na educação popular, destinada aos usuários, é imprescindível que os mesmos entendam o processo interativo próprio da comunicação, sob condições de acesso livre e igualitário, diálogo e participação. Por conseguinte, para que se processe um sistema de comunicação participativo, é necessário implementar mecanismos que permitam aos participantes determinar com independência os conteúdos temáticos do programa educativo, bem como, emitir mensagens autônomas, que suscitem do grupo e não que sejam elencadas pelos promotores e facilitadores do programa (Béltran, 1981).

O autor Béltran (1981) defende um processo de comunicação que seja participativo e horizontal, e não impositivo e vertical. Ele postula que é preciso que as pessoas se envolvam no processo, para que realmente desejem ver e ouvir o que está sendo transmitido. Por isto é que se caracteriza como essencial dar voz às demandas, investigar e contextualizar o comportamento das pessoas e dele abstrair o que precisa ser lapidado. Não é possível impor que um conceito se incorpore a sua vida, é preciso que ele o absorva por necessitar que isso ocorra.

Ao pensar em uma estratégia educativa, é necessário se ater a dois fatores em especial. Primeiramente, qual o público a que a estratégia está direcionada e, segundo, quais os componentes presentes na população que gere seu envolvimento para que as pessoas incorporem a importância do que está sendo instituído.

Portanto, não basta a construção de um cartaz que explique à população os riscos de uma doença, é necessário que ele desperte sua atenção e transmita a informação de uma forma que faça a mensagem ser, de fato, entendida por quem irá recebê-la, respeitando suas diversas realidades (social, etária, econômica, racial, regional e muitas outras) (Béltran, 1981).

Em suma, esses eventos nos fazem pensar sobre a importância das constantes reflexões que devem ser feitas sobre a utilização da comunicação no campo da saúde. A comunicação não pode ser pensada de maneira isolada, mas em parceria com as distintas esferas do saber. Uma campanha deve levar em conta questões de ordem antropológica, sociológica, psicológica, política e cultural. Nesta perspectiva, precisa-se cada vez mais unir esforços para fortalecer o encontro entre os saberes que são produzidos pelos sujeitos partícipes da sociedade e as distintas esferas do conhecimento.

A educação no âmbito da saúde se processa como uma importante estratégia de promoção da mesma, que pode favorecer a mudança de comportamento. Uma vez que, pautada no conceito de autonomia, educar não consiste na simples transmissão de conhecimento, mas sim, criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção (Freire, 1996).

Neste ponto é possível fazer uma alusão ao conceito de empoderamento, discutido anteriormente, que representa um agir coletivo que se desenvolve para e pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social, em que a educação popular procura dotar o sujeito com o poder de gerir seu próprio conhecimento e o seu fazer social (Freire, 1996).

Segundo Valoura (2006) a educação pelo empoderamento difere do conhecimento formal, tanto pela sua ênfase nos grupos (mais do que indivíduos), quanto pelo seu foco na transformação cultural (mais do que na adaptação social). Ao agir embasado nestes pressupostos, o educador social dá um passo em direção à consolidação mútua de sua cidadania e daquele que a ele se dirige.

Na atuação dos profissionais da saúde os instrumentais teórico-metodológicos são balizados pela indissociabilidade entre saúde e informação, educação e comunicação, tão necessárias e importantes ao empoderamento da saúde dos usuários, famílias e comunidades. Premissas que coadunam com as Políticas de Informação, Educação e Comunicação no SUS, as quais problematizam sobre a democratização das informações; produção, organização e uso das informações; transparência da gestão; controle social; acesso e qualidade dos serviços de saúde; e, estratégias de divulgação.

3.4. Humanização em Saúde

O SUS está pautado em princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, ao prever o acesso universal, gratuito e integral, transformando a saúde em direito. No entanto, a realidade com que se depara, com longas esperas e adiamentos de consultas e exames, deficiência de instalações e equipamentos, despersonalização,

falta de privacidade, aglomeração, falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética por parte de alguns profissionais, evidenciam o caráter utópico da proposta humanizadora do sistema e a realidade de saúde no país (Rios, 2009; Simões, Rodrigues, Tavares, & Rodrigues, 2007).

Tentando conceituar humanização, Simões et al. (2007) argumentam que esta não é uma tarefa fácil, tendo em vista o caráter subjetivo, complexo e multidimensional do termo. Contudo, estes autores apontam que o entendimento desta expressão no âmbito da saúde perpassa a qualidade clínica e comportamental dos profissionais. Rios (2009) complementa afirmando que ela pode ser considerada uma ferramenta de gestão, por valorizar a qualidade do atendimento, preservar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatizar a comunicação e a integração dos profissionais.

A literatura aponta que a humanização abarca múltiplos sentidos: 1) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão; 2) democratização das relações que envolvem o atendimento; 3) maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente; 4) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; 5) reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico; 6) valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (Benevides & Passos, 2005; Deslandes, 2004; Rios, 2009; Simões et al., 2007; Teixeira, 2005).

Considerando os dispositivos da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), é possível identificar a importância da comunicação, quando se enfatiza os conceitos de acolhimento e clínica ampliada. O acolhimento requer do profissional uma postura e uma prática que favoreça a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, com duplo objetivo: contribuir para a promoção da cultura da solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde e, fortalecer alianças entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS (Ministério da Saúde, 2006b).

Na proposta da clínica ampliada, o Ministério da Saúde (2009b) também faz referência à importância da comunicação, que precisa se processar de modo transversal, fazendo alusão a uma clínica compartilhada nas e entre equipes, priorizando uma “[...] capacidade de escuta do outro e de si mesmo, capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade etc.” (p. 17). Em suma, humanizar requer atenção às relações e à estrutura e, ainda, organização dos serviços.

Tais evidências conduzem ao entendimento de que a comunicação assume um papel fundamental para efetivar a humanização na saúde, uma vez que a palavra possui um potencial revelador e transformador. Parafraseando Rios (2009), na relação estabelecida entre o profissional e o usuário, a escuta e a fala não se processam simplesmente como um ato de boa vontade e

generosidade, mas sim, como um recurso técnico imprescindível para o diagnóstico e adesão terapêutica.

Dando ênfase aos princípios e funções da comunicação na saúde, M. J. P. Silva (2002) comenta que a qualidade na comunicação perpassa pela real compreensão do teor do que se pretende socializar e divulgar as pessoas. Esta autora enfatiza que toda comunicação agrega duas dimensões. A primeira se refere ao conteúdo ou à informação a ser transmitida, e a segunda, relaciona-se aos sentimentos imbricados no processo de comunicação. Assim, o processo comunicacional abarca a informação e o seu domínio, a intenção e a emoção evidenciadas pelas pessoas envolvidas neste processo.

A respeito destas dimensões apontadas por M. J. P. Silva (2002) pode-se inferir tanto sobre a comunicação verbal, quanto sobre a não-verbal. A autora expõe que muitas vezes o profissional da saúde não se atenda para a importância da comunicação não-verbal, acreditando que seu poder de persuasão e influência na mudança de comportamento do usuário se processa apenas pelas palavras proferidas. No entanto, os silêncios, pausas, entonação da voz, expressões faciais, posturas corporais, maneira de tocar e distâncias mantidas das pessoas, ou seja, a comunicação não-verbal relaciona-se intimamente com a comunicação verbal, e uma precisa ser coerente à outra, caso contrário, a comunicação pode não se processar de modo satisfatório (Cosnier, 1994).

Sobre esta coerência entre a comunicação verbal e não-verbal, M. J. P. Silva (1996, 2002) aponta que a comunicação não-verbal agrega quatro finalidades: 1) complementar a comunicação verbal, expressões condizentes com o conteúdo transmitido; 2) contradizer a verbal, expressões contrárias à informação verbalizada; 3) substituir a verbal, a própria expressão diz tudo; 4) demonstrar sentimentos, reportando à transparência das emoções.

3.5. Fatores Dificultadores e Facilitadores da Comunicação em Saúde

Não são raros os problemas de comunicação em saúde. Facilmente é possível encontrar usuários insatisfeitos com a qualidade do atendimento e serviços de saúde, ou mesmo com a relação estabelecida com os profissionais da área. Teixeira (2004) argumenta que estes problemas são bastante distintos. Enquanto o profissional enfatiza os sintomas apresentados e os resultados dos exames para realizar um diagnóstico correto e, posteriormente, o paciente adotar uma conduta terapêutica oportuna, o usuário, por sua vez, preocupa-se em entender o porquê de ter sido acometido por determinada doença, o que poderá acontecer consigo e o que esse problema irá significar em sua vida e na de sua família.

Os problemas de comunicação ficam ainda mais evidentes se, somando a isto, existir longas esperas para realização de consultas e exames, entrevistas centradas no profissional e pouca atenção destinada a minimizar angústias e ansiedades dos usuários.

Em relação à insatisfação com a qualidade dos cuidados, os problemas incidem, justamente, quando os profissionais de saúde enfatizam os cuidados físicos em detrimento da

atenção ao bem-estar psicológico, medos específicos e ansiedades relacionadas com a doença, crises pessoais e familiares, etc. (Teixeira, 2004).

Essencialmente, os problemas relacionados com a relação que o usuário estabelece com o profissional de saúde podem se refletir em três aspectos fundamentais:

a) transmissão de informação, que pode ser insuficiente, imprecisa ou ambígua, excessivamente técnica com utilização de jargões que os usuários não entendem, somando-se ao tempo escasso dedicado ao repasse da informação;

b) atitudes negativas e desfavoráveis, tanto dos profissionais que pouco encorajam a participação dos usuários, quanto dos próprios usuários, que, por vezes, assumem uma postura passiva de dependência; e,

c) distanciamento afetivo, em que os profissionais evitam temas difíceis de serem abordados, como por exemplo, a gravidade da doença, bem como, desinteresse pelas preocupações do usuário em relação ao seu futuro (Teixeira, 2004).

A literatura especializada reporta alguns fatores que podem dificultar o processo comunicacional, tais como: 1) tempo reduzido dos atendimentos, que restringe a consulta visando o diagnóstico e o prognóstico; 2) distinção do nível de instrução, cognição, cultura e idades entre o emissor e o receptor da informação; 3) repasse de muita informação sem a preocupação de verificar se houve compreensão por parte do usuário; 4) o profissional da saúde não se atenta em minimizar o impacto emocional do diagnóstico, repercutindo na dificuldade de compreensão do usuário em relação às informações adicionais sobre a doença, o tratamento e o prognóstico; 5) utilização do profissional de muitas perguntas fechadas, não permitindo com que o usuário esclareça possíveis dúvidas; e ainda, 6) restrição do contato visual entre profissional de saúde e usuário, seja pelo fato do profissional priorizar os recursos tecnológicos utilizados na consulta, ou mesmo por não reconhecer a importância dos comportamentos não-verbais durante o atendimento (Enskar & Essen, 2000; Lambert et al., 1997; Straub, 2007).

Outros comportamentos também podem influenciar de maneira negativa a comunicação entre profissional de saúde e usuário, como a utilização de teorias e métodos novos implementados à rotina da área da saúde, que absorvem muito o tempo e a atenção dos profissionais, fazendo com que eles se interessem cada vez menos pelas relações humanas no ambiente de trabalho (Nunes, 1999).

Questões como falta de informação, impedimento à participação do próprio usuário ou da família, falta de cuidado ou suporte prático foram apontadas no estudo de Jangland, Gunningberg e Carlsson (2009), por usuários e seus familiares sobre a comunicação nos encontros de cuidados em saúde. Aspectos identificados pelos participantes como geradores de ansiedade e redução da confiança no profissional, diminuem ou dificultam a adesão dos usuários às estratégias de intervenção propostas.

De acordo com Deslandes (2004) impossibilidades comunicacionais atuam negativamente no cuidado prestado pelos profissionais da saúde, e são traduzidas pelo jogo das interações sociais, pelas relações de saber-poder, pelo trabalho, pelo gênero e pelo *status*, se constituindo como fortes impeditivos para o diálogo.

Em contrapartida, também é possível identificar na literatura alguns fatores que facilitam a comunicação estabelecida, tornando-a mais satisfatória e eficiente, como por exemplo: 1) disponibilizar explicações detalhadas tanto sobre o diagnóstico quanto o tratamento proposto, deixando o usuário em uma posição confortável e segura para optar por determinado procedimento; 2) conhecer o histórico de vida e saúde dos usuários e familiares, procurando estabelecer vínculos; 3) investigar a compreensão do usuário sobre as informações transmitidas; 4) pontuar os possíveis efeitos colaterais de determinado procedimento e alertar sobre o que pode gerar sucessos e falhas no tratamento (Epstein, Alper, & Quill, 2004; Laidlaw, Macleod, Kaufman, Langille, & Sargeant, 2002; Savard, 2004).

Ainda argumentando sobre os fatores facilitadores da comunicação, Maldonado e Canella (2003) enfatizam a importância do profissional de saúde evitar a utilização de jargões e termos técnicos, procurando dispor de uma linguagem simples e acessível à demanda atendida. Além disso, o profissional deve sempre dizer a verdade, levando em consideração as necessidades dos usuários e ainda, mostrar-se esperançoso mesmo em caso de doenças terminais, pontuando as reais possibilidades de tratamento.

Alguns destes fatores que facilitam a comunicação em saúde podem ser desenvolvidos como competência de comunicação, como aponta Teixeira (2004), sendo desenvolvidas desde a formação acadêmica até a formação continuada enquanto profissionais.

Estas competências incluem escuta ativa, formulação de perguntas abertas e utilização de técnicas facilitadoras na entrevista, favorecendo ao usuário participar criticamente da relação de cuidado; treino assertivo; resolução de conflitos e negociação; saber transmitir más notícias e também saber informar sobre medidas preventivas, exames e tratamentos (Teixeira, 2004).

Uma área que vem contribuindo sobremaneira para o campo comunicacional, com técnicas que fomentam a mudança de comportamento, e um fazer que se soma às outras áreas no âmbito da saúde pública e coletiva, é a Psicologia.

A próxima seção problematiza sobre a aplicabilidade da Psicologia no campo da saúde, situa a área da Psicologia da Saúde que este trabalho se insere – a Psicologia da Saúde Comunitária e ainda, procura estabelecer uma interface entre a Psicologia e a Comunicação.

3.6. Psicologia da Saúde e Comunicação: Explorando Interfaces

O processo saúde-doença assumiu diversas configurações ao longo da história da civilização, sendo visto e abordado diferentemente em épocas distintas, perpassando por aspectos clínicos a aspectos preventivos.

Neste contexto, a Psicologia se depara com novas formas de entender e lidar com esse processo, levando-a a ampliar seu objeto de estudo, motivando naturalmente uma mudança de paradigma que contribuisse para alicerçar a práxis de profissionais da área da saúde. Frente a essa necessidade é que se constitui a Psicologia da Saúde, que prima pela aplicabilidade destes princípios em pesquisas psicológicas para a melhoria, tratamento e prevenção de doenças. Caracterizada como a área da Psicologia que visa compreender o complexo processo saúde-doença e o significado desse processo para cada pessoa e na sociedade, sendo necessário conhecer o significado do adoecer baseado nos fatores biológicos, emocionais, sociais e religiosos que permeiam esse processo (Enumo, 2003; Spink, 2003; Straub, 2007).

Em 1978, a Associação Americana de Psicologia (APA), institui a Psicologia da Saúde como uma subárea da Psicologia, uma vez que esta subárea mostrava-se emergente tanto na prática quanto na pesquisa. Contudo, na tentativa de ser fiel à história do movimento que impulsionou a constituição desse campo de saber, a Psicologia da Saúde teve origem na América Latina, no final dos anos 1960, para atender “[...] a ocupação de posições no âmbito da política central no Ministério da Saúde de Cuba e o desenvolvimento específico de serviços em uma extensa rede institucional de saúde.” (Sebastiani, 2000, p. 207-208).

Segundo Spink (2010) o processo de constituição da Psicologia da Saúde pode ser melhor apreendido quando equacionado à constituição da Medicina Social, introduzida na América Latina a partir de 1950, cujo objetivo era contratar cientistas sociais para modernizar o ensino médico e estimular a consciência social destes profissionais.

Matarazzo (1980 conforme citado em Spink, 2003) o primeiro presidente dessa nova divisão da APA, definiu este novo campo da seguinte forma:

O conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fazem à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das enfermidades, à identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, da enfermidade e das disfunções a elas relacionadas, à melhoria do sistema sanitário e à formação de uma política sanitária (p. 63)

Assim, na tentativa de estabelecer critérios de atuação e consolidação dessa nova área, pode-se destacar quatro objetivos principais em Psicologia da Saúde, como aponta Straub (2007):

- Estudar de forma científica a etiologia das doenças: orientado para investigar o que leva as pessoas a adotarem comportamentos que comprometem sua saúde, como o hábito de fumar;

- Promover a saúde: estratégias que levem as pessoas a emitirem comportamentos que promovam a saúde, como a prática de exercícios físicos;
- Prevenir e tratar doenças: propor programas que sejam capazes de identificar e minimizar fatores de risco e trabalhar com a redução de danos em populações específicas;
- Promover políticas de saúde pública: preocupação com a melhoria dos serviços de saúde.

A criação dessa subárea da Psicologia oportunizou aos profissionais um arcabouço teórico-prático importante para que pudessem lidar com as mudanças apresentadas à população pelo processo saúde-doença. Este fato impulsionou o desenvolvimento de um novo modelo de assistência em saúde, o modelo biopsicossocial (Spink, 2003).

Segundo Reis (1998), o modelo biopsicossocial surge como crítica ao modelo biomédico vigente, o qual procura incluir a dimensão social e a psicológica para além da biológica, no que se refere ao entendimento dos conceitos de saúde e de doença. Neste modelo, a doença não é algo estático, mas um processo, que começa antes mesmo que a pessoa seja afetada, daí a necessidade de se instituir estratégias que visualizem os diferentes níveis de prevenção primária (Stroebe & Stroebe, 1995).

Ao tentar definir o campo da Psicologia da Saúde, Spink (2003) depara-se com alguns paradoxos, ou seja, a contraposição entre as perspectivas mais sociais, condizentes com a concepção ampliada de saúde, próprias do modelo biopsicossocial, e entre as mais biologicistas, emitidas por profissionais que resistem em se desvencilhar do modelo biomédico.

A autora também chama atenção para duas cisões pertinentes ao campo da Psicologia da Saúde. A primeira repousa entre a Psicologia aplicada à saúde (campo de práticas) e a pesquisa psicológica sobre saúde e doença (campo teórico-metodológico), e a segunda, entre psicólogos da saúde que atuam na atenção primária (saúde comunitária) e os que trabalham no nível terciário (hospitalar).

Acredita-se que, inicialmente, para estruturar esse novo campo de atuação, tenha havido a necessidade de dicotomizar dessa maneira, como aponta Spink (2003), dando ênfase a essas cisões. Todavia, entende-se que o campo de práticas e o campo teórico-metodológico se complementam e somente juntos podem efetivamente alicerçar as ações da área, vislumbrando a amplitude da atuação do psicólogo da saúde, nos diversos níveis de atenção.

Talvez seja justamente na tentativa de clarificar as diversas possibilidades de intervenção desse profissional que atualmente encontra-se na literatura especializada três principais abordagens na área, divulgadas na Segunda Conferência Internacional – intitulada Reconstruindo a Psicologia da Saúde, presidida por David Marks: (Araujo, 2001)

- Psicologia da Saúde Clínica: caracterizada por intervenções na esfera do sistema de saúde, ou seja, hospitais, clínicas e centros de saúde, cuja atuação está orientada para pacientes com disfunções específicas, como por exemplo, diabetes e hipertensão. As pesquisas possuem um enfoque basicamente quantitativo;

- Psicologia da Saúde Pública: abordagem de cunho preventivo, que orienta suas ações para a melhoria da saúde da população de uma forma geral, contudo, acaba priorizando grupos vulneráveis e de risco, como por exemplo, os portadores de HIV e Aids. É baseada em métodos de pesquisa epidemiológicos;

- Psicologia da Saúde Comunitária: que agrega propostas de promoção de saúde e prevenção de doenças direcionadas a famílias e comunidades, visando à mudança social, bem como a emancipação desses segmentos. Utiliza uma abordagem multimetodológica que envolve vários atores sociais, dentre eles, pesquisadores, profissionais e representantes comunitários. Enfatiza a necessidade de se pensar estratégias de prevenção primária (Araujo, 2001).

Essa classificação oferece um panorama diverso de possibilidades de atuação dos psicólogos da saúde, não havendo prioridade em uma em detrimento das outras. O que acontece é que determinados profissionais se envolvem especificamente com uma dessas vertentes, pura e simplesmente pelo fato de se identificarem mais com determinada abordagem, o que não impede que os profissionais desenvolvam atividades ora com os preceitos clínicos, ora com os preventivos e ora com os de promoção de saúde, ou mesmo, agreguem características das três abordagens em uma só atuação. As características centrais do presente projeto condizem em particular com a Psicologia da Saúde Comunitária.

A Psicologia da Saúde Comunitária está pautada nos princípios da Psicologia da Saúde e da Psicologia Comunitária, sendo orientada por uma práxis que visa à libertação e emancipação das pessoas, levando em consideração as condições atuais e potenciais de desenvolvimento das pessoas e da comunidade. Para tanto, é essencial a compreensão do modo de vida dos moradores e, assim, poder tratar de maneira integral a relação entre práticas comunitárias e saúde (Góis, 2008).

Nesta abordagem há a preocupação de estudar os significados e sentidos que as pessoas atribuem à saúde e à doença, bem como, tenta entender como esses significados, sentidos e sentimentos se constroem e atuam para transformar as atividades comunitárias e as condições gerais de vida dos moradores. Busca clarificar o modo como as influências pessoais e sociais interferem na forma como as pessoas lidam com questões de saúde e doença, utilizando métodos e processos de conscientização (R. H. F. Campos, 2000).

Assim, a saúde comunitária, partindo de uma concepção ampliada e positiva da saúde, caracteriza-se, segundo Góis (2008), como uma ação potencializadora do indivíduo e da comunidade, buscando “[...] responder à multidimensionalidade da saúde em seus constituintes ecológicos, sociais, orgânicos e psicológicos que afetam as pessoas em seu lugar de moradia e convivência – a comunidade” (p.104).

Ainda segundo o autor, essa abordagem orienta as atividades para facilitar e/ou favorecer processos relativos mais à prevenção e promoção que à enfermidade. E ainda se propõe como alternativa crítica aos serviços de saúde tradicionais, próprios do modelo biomédico, envolvendo todas as atividades realizadas na e com a comunidade a favor da saúde dos moradores.

De uma forma geral, a Psicologia da Saúde Comunitária entende a saúde também como um valor, que se apresenta de maneira diferente entre as pessoas de uma mesma comunidade. Neste sentido, é importante que se oportunize espaços de diálogos, vivências e trocas, que visem à construção de um olhar coletivo e de uma prática coletiva em saúde, na tentativa de fomentar e facilitar a formação ou o fortalecimento de grupos comunitários que reúnam forças em direção a metas e tarefas compartilhadas, gerando redes de proteção e cuidado (R. H. F. Campos, 2000; Góis, 2008; Guareschi, 2000).

Para complementar, Góis (2008) afirma que nesta abordagem “[...] a ênfase é na prevenção e promoção, na educação, em estratégias metodológicas de participação social e mobilização social direcionadas para grupos, coletivos ou categorias e setores da comunidade/território.” (p.106). Isto é, uma atuação grupal que requer a compreensão integral da realidade comunitária, em que os processos comunicacionais são valorizados. Um olhar atento às múltiplas dimensões e direções pertinentes a esse contexto, compreendendo, ainda, as forças e fraquezas, a história, a cultura e a subjetividade das pessoas.

Em saúde comunitária, a temática da comunicação é muito valorizada e como divulga Teixeira (2004) é transversal em contextos distintos, como por exemplo, na relação entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços; na disponibilização e uso da informação sobre saúde, tanto nos serviços quanto na comunidade; na construção de mensagens sobre saúde no âmbito das atividades educativas dos programas de promoção e prevenção que visam fomentar comportamentos saudáveis; na transmissão de informações sobre riscos para a saúde em situações de crise; na formação dos profissionais.

Buscando delinear a interface entre as áreas da Comunicação e da Psicologia, Franco (2006) aponta como fio condutor a linguagem, elemento indispensável às duas áreas. Esta autora comenta que na medida em que a linguagem se despe da representação única e exclusiva de ferramenta e veículo da comunicação e passa a ser concebida como elemento de interação social é que a relação entre as áreas se estreitam. Assim, a linguagem além de perpassar por questões linguísticas se constitui por duas dimensões: a psicológica e a social, em que ela pode tanto agregar conhecimento à pessoa quanto muni-la de recursos para interagir com o mundo que a circunda.

Em Psicologia da Saúde o interesse por questões voltadas à comunicação reside basicamente em delinear as características do processo comunicacional próprios dos seguintes objetos de investigação: tomada de decisão em equipes de saúde (Costa Neto, 1994), participação do paciente no processo decisório (Ramos, 1998), trabalho de equipe em reabilitação (Queiroz, 2003), comunicação enfermeiro-paciente (Martins, 2001), comunicação pediatra, paciente e acompanhante (Pinto, 2010), desenvolvidos por pesquisadores do Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Após estabelecer esta breve relação entre as áreas, propõe-se representar sumariamente a articulação e sistematização dos conceitos nos quais este estudo está pautado.

3.7. Promoção, Prevenção e Comunicação: Articulando Conceitos em Saúde Comunitária

Este trabalho se alicerça basicamente sob os conceitos de promoção da saúde, prevenção de doenças e comunicação, cada qual com suas especificidades e vicissitudes. Ao longo da apresentação e contextualização teórica e metodológica realizada, constata-se uma íntima relação entre estes conceitos refletidos sob os preceitos da Psicologia da Saúde Comunitária. Na Figura 1 realiza-se uma articulação esquemática dos termos, fazendo alusão às relações estabelecidas entre eles.

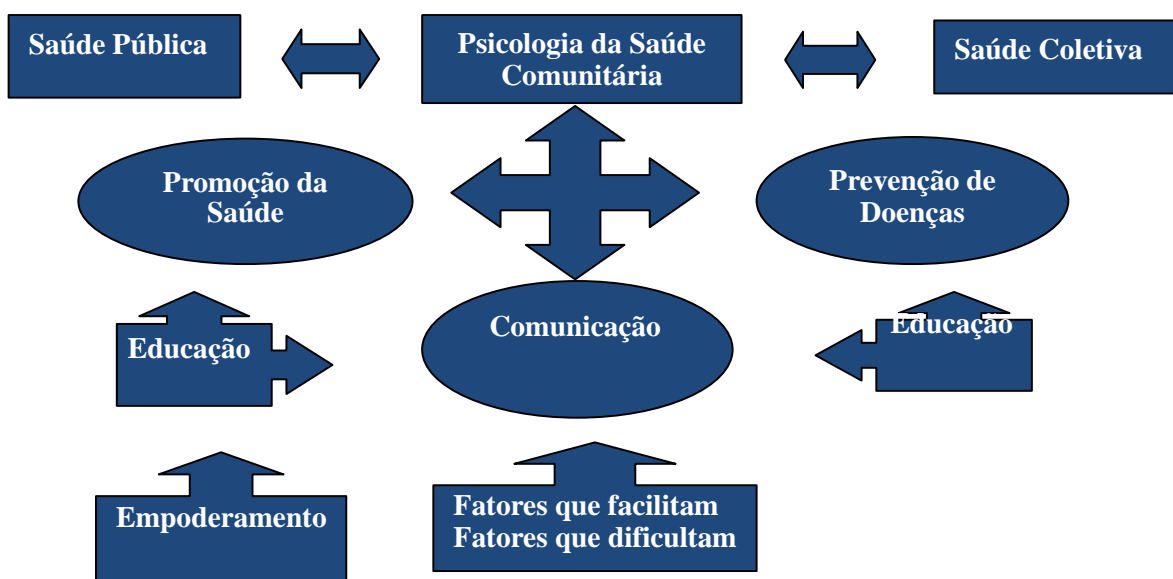


Figura 1. Esquema de articulação conceitual.

A comunicação é importante tanto para as estratégias de promoção quanto para as de prevenção, assim como a educação também é realizada nas duas esferas. Contudo, a utilização da educação aplicada às ações de promoção favorece o empoderamento das pessoas, o que não ocorre no âmbito da prevenção, uma vez que a promoção está orientada para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, subentendendo o envolvimento e participação das comunidades. Por outro lado, na prevenção ocorre a transmissão de informações, visando minimizar ou controlar doenças específicas.

No entanto, é preciso se atentar para os fatores que favorecem e que dificultam a comunicação, pois estes podem potencializar habilidades e características pessoais e comunitárias, tanto de modo satisfatório, quanto atuar como barreira ao efetivo desenvolvimento do empoderamento.

CAPÍTULO 4

PESQUISA DE CAMPO

Neste capítulo, descrevem-se os objetivos da pesquisa e os caminhos construídos e percorridos ao longo de sua realização, mencionando alguns aspectos teóricos, metodológicos e epistemológicos que traduzem o posicionamento da pesquisadora em relação a seu objeto de estudo. Apresentam-se ainda o delineamento metodológico adotado nos Estudos 1 e 2, com a descrição do local, participantes, instrumentos, procedimentos éticos, de coleta e de análise dos dados.

4.1. Objetivos

Considerando-se, portanto, que a atuação do ACS é uma prática social atual e inovadora, faz-se necessário ampliar os conhecimentos sobre a natureza, os desafios e as repercussões de seu trabalho nas comunidades. Para tanto, realizou-se uma pesquisa com o **objetivo geral** de descrever, analisar e compreender a comunicação estabelecida entre o ACS e as pessoas da comunidade.

Os **objetivos específicos** foram:

- a) caracterizar o perfil sociodemográfico dos ACSs;
- b) investigar a concepção dos ACSs sobre saúde, doença, promoção da saúde e prevenção de doenças;
- c) levantar os comportamentos verbais emitidos durante o processo comunicacional dos ACSs com a comunidade na promoção de hábitos de vida saudáveis;
- b) realizar uma capacitação na UBSF1, para discutir questões relacionadas à promoção da saúde e à comunicação;
- c) implementar um grupo de apoio (grupo controle) na UBSF2, para avaliar a capacitação;
- d) sensibilizar os ACSs para a mudança de comportamento frente aos conteúdos discutidos na capacitação.

4.2. Método

4.2.1. Delineamento da pesquisa

Entende-se metodologia como o conjunto de passos que agregam uma orientação epistemológica e teórica, passando pela coleta de dados e chegando à análise e discussão do processo e dos conhecimentos produzidos.

Delinear uma metodologia de pesquisa, portanto, vai além da escolha de um método, seja qualitativo ou quantitativo. Os caminhos a serem percorridos estarão sempre interrelacionados com as posturas epistemológicas e teóricas acerca dos fenômenos que serão estudados e compreendidos.

Nas ciências humanas e sociais existe uma tendência crescente na utilização da abordagem multimetodológica ou método misto, visando expandir as perspectivas metodológicas na área, para

que as pesquisas não se alicercem somente na premissa de métodos específicos. Em Psicologia, especialmente nas áreas da saúde e educação, esse esforço multimetodológico vem sendo considerado essencial para descortinar e elucidar as características dos objetos de investigação (Waszak & Sines, 2003).

A abordagem multimetodológica entende que não existe um método específico que seja mais apropriado para elucidar as várias faces de um determinado fenômeno, mas sim, que todos os métodos apresentam vantagens e desvantagens que podem ser compensadas ou reunidas em um mesmo programa ou grupo de pesquisa. Teddlie e Tashakkori (2003) se referem a esta abordagem como ‘terceiro movimento metodológico’, designação que surgiu como resultado do embate e divergências entre os dois movimentos anteriores – a pesquisa quantitativa, que imperou por grande parte do século XX, e a pesquisa com enfoque qualitativo, que ganhou adeptos nas duas últimas décadas.

Este tipo de abordagem, segundo Flick (1992), vem sendo cada vez mais utilizada, visto que, essa combinação de métodos oportuniza ao pesquisador a compreensão de um determinado fenômeno sob perspectivas distintas, tentando se aproximar o máximo possível da realidade, ou seja, da complexidade do fenômeno.

Neste sentido, a escolha dos métodos e das técnicas empregadas em cada estudo varia de acordo com a natureza do fenômeno a ser observado, bem como, com a familiaridade e habilidade do pesquisador. No presente estudo realizou-se: entrevistas, observação, atividades em grupo e formulário de atividades. Em seguida, estão apresentados os Estudos 1 e 2, com seus respectivos percursos metodológicos.

4.2.2 Estudo 1

4.2.2.1. Local

O Estudo 1 foi realizado na UBS da Cidade Estrutural, que é gerenciado pela Regional do Guará, localizada no Distrito Federal, DF.

No Distrito Federal os serviços se dividem em Regionais e hospitais em que cada cidade satélite é atendida por uma regional de saúde. Cada regional dá suporte a determinadas UBSs. A Regional do Guará oferece respaldo a cinco UBSs, dentre elas a UBS da Cidade Estrutural, que conta com a atuação de 30 ACSs distribuídos em cinco equipes da ESF.

4.2.2.2. Participantes

Foram convidados a participar do Estudo1, cinco ACSs que atuam no PSF do Distrito Federal, DF. Como na referida UBS havia cinco equipes do PSF, um integrante de cada equipe foi convidado para compor a amostra.

4.2.2.3. Instrumentos

No Estudo 1 foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Roteiro de entrevista individual, que abordou os seguintes eixos temáticos: dados sociodemográficos, conceitos de saúde, de doença, de promoção da saúde e de prevenção de doenças, e também questões sobre a atuação profissional do ACS. Este roteiro foi detalhado no Anexo A;

2) Protocolo de observação da interação social, que foi construído ao longo das observações sistemáticas do comportamento profissional do ACS. Para a construção deste protocolo, a pesquisadora acompanhou os cinco ACSs participantes pelo período aproximado de um mês. A pesquisadora montou uma escala, estipulando os dias e os períodos que acompanharia cada ACS. Assim, cada um foi acompanhado por três a quatro períodos, para que a pesquisadora pudesse identificar comportamentos distintos nas visitas domiciliares, de acordo com a necessidade de cada usuário, como por exemplo, gestantes, portadores de hipertensão e diabetes, crianças abaixo de cinco anos, etc, uma vez que os comportamentos emitidos pelos ACSs nas visitas variam para cada tipo de usuário. Assim, o protocolo de observação foi composto seguindo as orientações de Danna e Matos (1999), isto é, contendo basicamente três conjuntos de informações. O primeiro, referente à identificação geral do contexto observado; o segundo, relacionado à identificação das condições em que a observação ocorre; e o terceiro, composto pelo registro dos comportamentos e circunstâncias ambientais propriamente ditas. No Anexo B, encontra-se o modelo do protocolo utilizado.

3) Roteiro para a atividade em grupo, as “Oficinas de Promoção da Saúde”, que discutiu inicialmente os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças, enfatizando a distinção entre os termos e, posteriormente, os eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde e possibilidades de atuação. Este roteiro foi detalhado no Anexo C.

Para o Estudo 1, a pesquisadora contou com a colaboração de uma auxiliar de pesquisa apenas para a coleta durante a realização da Oficina, ou seja, a pesquisadora coletou os dados das entrevistas individuais, bem como, das observações com registro em protocolo mediante persistência e esforço individual.

4.2.2.4. Procedimentos Éticos

A pesquisadora entrou em contato com a Diretora da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Federal, com o intuito de delimitar o local de pesquisa e, conseqüentemente, obter a assinatura da diretora consentindo a realização do estudo. Por sugestão da diretora da ESF, elencou-se a Unidade Básica de Saúde da Cidade Estrutural para participar do Estudo 1. A supervisora justificou a escolha desta UBS por tê-la como modelo, sendo que todas as propostas de pesquisa e estudos, além da presente pesquisa, visando melhorias nos serviços e atuação dos profissionais, eram direcionados a esta Unidade. Diante desta indicação, as responsáveis diretas

pela Unidade Básica, foram contatadas, pois também precisavam consentir a realização do trabalho.

Assim, a pesquisa obedeceu à Resolução 196/1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e foi aprovada em junho de 2009, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – CEP-FEPECS, de Brasília, DF (Anexo D). Isto é, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa (Anexo E), com linguagem clara e acessível aos participantes, enfatizando o caráter sigiloso e voluntário da participação, além da ausência de prejuízos ou retaliações profissionais caso não aceitassem colaborar.

4.2.2.5. Procedimentos de Coleta de Dados

Após contato com a chefia da UBS, com o intuito de apresentar a pesquisa, um ACS de cada equipe foi eleito pela própria enfermeira responsável, para compor a amostra. Após a indicação das pessoas, a pesquisadora realizou uma reunião para apresentar o estudo aos ACSs e traçar a dinâmica das atividades. A coleta de dados respeitou os seguintes momentos:

1) participação dos cinco ACSs às entrevistas individuais: As entrevistas foram realizadas nas dependências da UBS. No início da entrevista foi enfatizado que a participação era voluntária, e que os ACSs poderiam deixar de responder a quaisquer questões caso se sentissem desconfortáveis ou até mesmo encerrar a entrevista em qualquer momento de sua aplicação. Houve a gravação em áudio das entrevistas, possibilitando a transcrição das mesmas na íntegra;

2) observação sistemática do comportamento profissional dos ACSs: os cinco ACSs foram acompanhados pela pesquisadora nas visitas domiciliares, mediante assinatura do TCLE. Muitas são as atividades realizadas pelo ACSs nas visitas, como cadastramento das famílias, atualização de cadastro, entrega de guia para consulta, entrega de medicação e visitas de acompanhamento das famílias. Como cada atividade tem uma característica particular e orientações específicas, optou-se por construir o protocolo e posterior aplicação, considerando apenas as visitas de rotina, nas quais os ACSs realizam orientações visando à promoção da saúde, temática de interesse da pesquisa.

A técnica utilizada na observação foi a de registro cursivo, que “[...] consiste em, dentro de um período ininterrupto de tempo de observação, registrar o que ocorre na situação, obedecendo à sequência temporal em que os fatos se dão.” (Danna & Matos, 1999, p. 56).

Alguns autores, como Batista (1996), argumentam sobre a importância da utilização do recurso audiovisual no registro do comportamento, ou seja, mesmo que o pesquisador assumo o papel de registrar os comportamentos observados manualmente, é importante que ele adote um recurso, como a filmagem, colocando a câmera em um ponto estratégico, onde a imagem gravada possa captar a ocorrência do comportamento observado. No entanto, a configuração e a dinâmica de determinadas pesquisas inviabilizam a utilização da filmagem, como é o caso do presente estudo, cuja observação do comportamento não ocorreu em um *setting* pré-estabelecido, onde uma

filmadora pudesse ser colocada estrategicamente, como por exemplo, em uma sala da Unidade Básica. O comportamento observado ocorreu na comunidade, mais precisamente, nos domicílios dos usuários, o que dificultaria o manejo da técnica. Outro impedimento para a utilização da filmagem foi o fato de que a comunidade na qual foi realizada a pesquisa era extremamente carente, e algumas microáreas violentas, o que intimidou a pesquisadora em tentar utilizar tal recurso. Os próprios ACSs, quando consultados sobre a possibilidade da utilização da filmagem, ficaram apreensivos com uma possível ocorrência de furto do material.

3) Os ACSs foram convidados a participar de uma atividade, que consiste em uma técnica grupal (Spink, 2003), quando ocorre o registro sistemático das informações em formulários específicos para a atividade (Anexo F). Este procedimento, denominado Oficina de Promoção da Saúde, consistiu em um único encontro de aproximadamente duas horas e meia, quando houve a discussão dos eixos norteadores de atuação descritos na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Ministério da Saúde, 2006a). Os cinco ACSs foram convidados a participar, no entanto, apenas três compareceram. Nesta etapa, a pesquisadora pôde contar com a presença de uma auxiliar de pesquisa, que atuou como observadora e auxiliou na discussão dos dados. Os relatos foram gravados em áudio para possibilitar a transcrição na íntegra.

4.2.2.6. Procedimentos de Análise

A análise dos dados foi realizada por meio do diálogo entre os instrumentos utilizados - entrevistas, observação e atividade em grupo.

As análises das entrevistas e da atividade em grupo respeitaram basicamente o mesmo procedimento, ou seja, as falas foram transcritas na íntegra com o auxílio do material gravado em áudio. Os relatos foram categorizados e submetidos à análise de conteúdo temática, de acordo com as orientações de Bardin (1995). Para tratamento dos dados sociodemográficos, foi empregado o Programa Microsoft Excel.

Os cinco ACSs foram acompanhados nas visitas domiciliares para a construção do protocolo de observação. Contudo, o registro comportamental foi realizado com apenas dois deles, em duas visitas distintas, o que gerou a aplicação de quatro protocolos, resultado de duas visitas com cada profissional. A escolha dos dois ACSs para a aplicação do protocolo justifica-se por suas atuações, ou seja, foram eleitos os ACSs cujas atuações se mostraram mais discrepantes, sendo que um profissional atuava mais próximo ao modelo biomédico, enquanto a atuação do outro se aproximava mais das premissas do modelo biopsicossocial.

Alguns comportamentos foram definidos previamente, isto é, os mais frequentes que ocorreram nas visitas de familiarização realizada pela pesquisadora para a construção do protocolo. Para cada comportamento definido *à priori*, foi atribuída uma sigla correspondente, como por exemplo: "Pergunta sobre a alimentação (PA)". Nos casos em que algum comportamento emitido no momento da aplicação do protocolo não correspondia ao que já estava previamente descrito, o

mesmo foi anotado e, posteriormente, atribuiu-se uma sigla. No modelo de protocolo em anexo, encontram-se os comportamentos categorizados.

Com a análise dos protocolos, extraiu-se a frequência relativa dos comportamentos que, segundo Batista (1996), é a análise quantitativa mais elementar e de fácil manejo quando se trata de registro comportamental, que pode ser projetada em gráficos para dar melhor visibilidade aos resultados.

4.2.3. Estudo 2

4.2.3.1. Local

O Estudo 2 foi desenvolvido em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), no município de Campo Grande, MS.

Geograficamente, neste município, as UBSFs estão dispostas em quatro distritos sanitários: Norte, Sul, Leste e Oeste. A UBSF1 localiza-se no distrito Oeste, que é composto por seis UBSFs. Nesta unidade estão cadastrados 22 ACSs distribuídos em quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A UBSF2, por sua vez, localiza-se no distrito Norte, composto por oito UBSFs. Também conta com quatro equipes da ESF, com 25 ACSs cadastrados.

4.2.3.2. Participantes

Foram convidados a participar ACSs que compõem equipes de saúde da família das UBSFs 1 e 2.

4.2.3.3. Instrumentos

Foram utilizados o mesmo roteiro de entrevista individual (Anexo A) e o protocolo de observação da interação social (Anexo B) do Estudo 1. Além do roteiro da atividade em grupo “Capacitação em Promoção da Saúde e Comunicação”, onde foram discutidos os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças, enfatizando a distinção entre os termos, apresentou-se os eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde e as possibilidades de atuação. Também foi feita uma reflexão sobre as modalidades de comunicação adotadas pelos ACSs. Este roteiro foi detalhado no Anexo G.

4.2.3.4. Procedimentos Éticos

A fim de encaminhar todas as autorizações e obter o consentimento de um único Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a pesquisadora estabeleceu contato com os responsáveis pelos serviços no Distrito Federal, a fim de obter as assinaturas para a realização do estudo. Concomitantemente, e da mesma forma, entrou-se em contato com os responsáveis pelas Unidades Básicas do Município de Campo Grande-MS, uma vez que a mesma pesquisa seria aplicada no Distrito Federal e em Campo Grande.

No entanto, após a realização do Estudo 1, constatou-se que seria possível contribuir mais efetivamente com a atuação do ACS, visando à comunicação deste profissional no contexto da promoção da saúde. Neste sentido, a pesquisadora propôs realizar uma intervenção junto aos ACSs, ou seja, uma capacitação para discutir temas relacionados à promoção e comunicação em saúde.

Contudo, o acréscimo da intervenção ao procedimento não foi descrito no formulário inicialmente submetido ao CEP, pois foi uma estratégia pensada a partir dos resultados do Estudo 1. Por esta razão, a pesquisadora dirigiu-se novamente ao CEP com o objetivo de regulamentar a situação. O CEP da FEPECS sugeriu à pesquisadora que apresentasse uma nova versão do projeto, incluindo a proposta de realização do Estudo 2, a um CEP da cidade de Campo Grande, ao invés de ser preparado um adendo ao projeto.

A recomendação do CEP-FEPECS justifica-se, uma vez que o Estudo 2 direcionava-se apenas a Unidades Básicas de Campo Grande. Entendeu-se que um CEP na cidade onde o Estudo 2 fosse realizado ofereceria maior respaldo à pesquisadora e aos participantes de pesquisa.

Sendo assim, a pesquisadora submeteu a nova proposta de estudo no CEP da Universidade Anhanguera-Uniderp, em setembro de 2010, e obteve aprovação em novembro (carta de aprovação no Anexo H e modelo do TCLE para o Estudo 2 no Anexo I). No entanto, antes da realização da submissão ao CEP, novos contatos precisaram ser estabelecidos com as responsáveis pelas Unidades Básicas, mesmo porque, houve mudança na supervisão geral do Serviço de Gestão da Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde de Campo Grande. Ou seja, a supervisora do serviço, que em um primeiro contato para compilar as assinaturas e submeter o projeto no CEP da FEPECS autorizou a realização da pesquisa, não estava mais responsável pelo setor. Neste caso, foi necessário apresentar novamente a proposta do estudo para a atual supervisora.

Este novo contato foi importante para, além de informar sobre a pesquisa, definir quais UBSFs iriam compor a amostra. A supervisora geral do serviço indicou duas UBSFs alocadas em regiões distintas e distantes uma da outra. Assim, foram elencadas as UBSFs Aero Itália (1), no distrito oeste e Estrela Dalva (2), no distrito norte. A supervisora adotou dois critérios para a escolha das UBSFs. Primeiro, que fossem unidades que não estavam sendo alvo de muitas ações, seja do próprio sistema ou de pesquisadores e estagiários que pudessem superlotar de atividades o estabelecimento. Segundo, que fossem de distritos distantes, para que os ACSs não possuíssem contato, até mesmo para não contaminar os resultados da participação de ambas as intervenções.

4.2.3.5. Procedimentos de Coleta de Dados

Paralelamente à capacitação que foi realizada em uma UBSF, também foi proposta a implementação de um grupo de apoio, que ocorreu na outra UBSF indicada, na tentativa de avaliar os resultados da capacitação. Em ambas as unidades foram oferecidas atividades em grupo, realizadas em cinco encontros cada. No entanto, na UBSF 1 realizou-se a capacitação, estruturada

com base na promoção da saúde e na comunicação. Já para a UBSF 2 foi oferecido um grupo de apoio aos ACSs, para discutir temas de interesse, vivenciados na rotina de trabalho destes profissionais.

Antes da realização da intervenção, os procedimentos realizados no Estudo 1 foram aplicados, com exceção da Oficina, que foi desmembrada na capacitação. Deste modo, a pesquisa obedeceu às seguintes etapas:

1ª) Participação dos ACS nas entrevistas individuais e aplicação do formulário de atividades profissionais (instrumento que não foi utilizado no Estudo 1) (Anexo J);

2ª) Observação sistemática do comportamento profissional do ACS, com o registro cursivo dos comportamentos em protocolo específico para a atividade;

Para participar destas duas etapas, foi eleita uma amostra representativa do total de ACSs atuantes em cada UBSF. Como em cada unidade havia quatro equipes de saúde da família, um representante de cada equipe foi convidado a participar, de modo voluntário.

3ª) Capacitação em Promoção da Saúde que ocorreu na UBSF1 e o Grupo de Apoio que aconteceu na UBSF2 (Anexos G e K, respectivamente).

4ª) Avaliação das intervenções, que foi realizada de duas a três semanas após o término da Capacitação e do Grupo de Apoio, com o intuito de identificar se as informações adquiridas na capacitação foram incorporadas no dia a dia dos profissionais. Para tanto, os ACSs que compuseram a amostra inicial, participantes da 1ª e 2ª etapa, foram novamente acompanhados nas visitas domiciliares, com a aplicação do protocolo de observação.

Para a condução do Estudo 2, a pesquisadora previa o apoio de auxiliares de pesquisa, contudo, problemas incidiram sobre a seleção e formação da equipe, inviabilizando o treinamento das pessoas em tempo hábil. Assim, todas as etapas que compreendem este Estudo foram realizadas única e exclusivamente pela pesquisadora.

4.2.3.6. Procedimentos de Análise

A análise dos dados respeitou basicamente os mesmos procedimentos do Estudo 1, por realizar uma associação entre os dados das entrevistas, observação e atividades em grupo.

As falas das entrevistas foram transcritas na íntegra com o auxílio do material gravado em áudio que, posteriormente, foram categorizadas e submetidas à análise de conteúdo temática, de acordo com as orientações de Bardin (1995). Para tratamento dos dados sociodemográficos, foi empregado o Programa Microsoft Excel.

Os quatro ACSs foram acompanhados antes e depois das atividades em grupo em ambas as UBSFs. Realizou-se a aplicação do protocolo de observação em quatro visitas domiciliares com cada profissional, ao longo de um período do dia. Assim, os profissionais das unidades foram acompanhados de 2ª a 5ª feira (um dia para cada ACS), no período da manhã, e cada período gerou

a aplicação de quatro protocolos de visitas distintos, perfazendo um total de 16 protocolos de cada UBSF.

Não houve alteração significativa no protocolo definido previamente, utilizado no Estudo 1, cujo modelo encontra-se no anexo B. E a exemplo do Estudo 1, procurou-se extrair a frequência relativa dos comportamentos observados.

Na tentativa de apreender as modalidades de comunicação que o ACS estabelece com os membros da comunidade, utilizou-se uma categorização, *a priori*, de acordo com orientações de Maldonado e Canella (2003). Estes autores distinguem as formas de comunicação em dois grupos: formas típicas de comunicação e formas benéficas de comunicação.

As formas típicas são as habitualmente utilizadas nos relacionamentos em geral, bem como, na relação profissional de saúde-usuário. Para os autores, algumas destas formas de comunicação, na maioria das vezes, têm efeitos negativos, e podem ser substituídas por outras modalidades que provocam menos efeitos indesejáveis. No entanto, a utilização destas formas típicas é útil em muitas situações, mas, dependendo das circunstâncias, elas se tornam inviáveis. Por isso, sugere-se que haja uma mescla destas formas de comunicação com outros recursos comunicacionais, para que se possa obter resultados mais satisfatórios.

As denominadas formas típicas de comunicação são as seguintes: Dar ordens; Fazer ameaças; Fazer sugestões; Dar conselhos; Negar percepções; Consolar; Oferecer falso apoio; Ignorar o problema; Criticar; Elogiar; Fazer perguntas e Atender de modo impessoal e técnico (Maldonado & Canella, 2003).

Já a utilização das formas benéficas abre os canais de comunicação, oportunizando ao profissional aprofundar o diálogo e transmitir mais confiança, tanto para a adesão, quanto para a manutenção do tratamento. Maldonado e Canella (2003) comentam que,

Evidentemente, estas formas de comunicação não são meramente maneiras diferentes de usar palavras ou instrumentos eficazes para manipular os clientes. Sua utilização adequada depende do respeito por nós mesmos e pela pessoa que atendemos a capacidade de sintonizar e a preocupação em prestar assistência à pessoa como um todo em sua situação existencial (p.91).

E o resultado da adoção das formas benéficas repercute em vínculos mais significativos, resultados mais gratificantes e a possibilidade crescente de atuar como pessoa que tem limitações e aspirações.

Assim, as formas benéficas de comunicação são: Reflexão de sentimentos; Focalizar as pistas não-verbais; Auto-expressão; Colocar limites; Confrontar; Resolução conjunta dos impasses; Orientar antecipatoriamente; e Reasseguramento (Maldonado & Canella, 2003).

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são explanados os resultados dos Estudos 1 e 2 na sequência com que os dados foram coletados. Inicialmente, relatam-se os dados revelados pelas entrevistas individuais, seguidos dos resultados evidenciados com a utilização da técnica observacional e, por último, os provenientes das atividades em grupo. Posteriormente, comparam-se os dados oriundos das observações e entrevistas dos Estudos 1 e 2. Optou-se por realizar a discussão na medida em que os resultados são discorridos.

5.1. Estudo 1

Estudo realizado na UBS da Cidade Estrutural no Distrito Federal, no período que compreende os meses de agosto a novembro de 2009.

5.1.1. Perfil dos Participantes

Participaram do estudo três mulheres e dois homens, que atuam como ACSs em equipes do programa Estratégia Saúde da Família de uma UBS do DF, em média há cinco anos, constituindo a primeira turma de ACSs contratada para atuar naquela comunidade. Os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização dos participantes do Estudo 1

Participante	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Renda Familiar	Tempo de profissão
ACS 1	F	33	EMC	C	2 a 5 SM	4 anos
ACS 2	F	46	EMC	A	2 a 5 SM	5 anos
ACS 3	F	31	EMC	A	2 a 5 SM	5 anos
ACS 4	M	27	EMC	S	2 a 5 SM	5 anos
ACS 5	M	36	ESI	C	2 a 5 SM	5 anos

ACS = Agente Comunitário de Saúde; F = Feminino; M = Masculino; EMC = Ensino Médio Completo; ESI = Ensino Superior Incompleto; C = Casado(a); A = Amasiada; S = Solteiro; SM = Salários Mínimos

A maioria dos participantes possui o ensino médio completo, escolaridade superior àquela apontada nas bases regulamentares como requisito para a atuação deste profissional, que consiste na conclusão do ensino fundamental (Lei nº 10.507, 2002).

A idade dos ACSs compreende a faixa etária entre 31 a 46 anos. Esse dado reflete duas questões, a primeira que para os mais jovens, a profissão de ACS se reflete como uma possibilidade de inserção no mercado de trabalho, cuja atuação consiste em uma possibilidade de transição para pleitearem cargos melhores nos serviços de saúde. A segunda, para as pessoas mais velhas, favorecendo o reingresso no mercado de trabalho (Silva & Dalmaso, 2002b).

Os relatos das entrevistas indicam que, além de desenvolverem as atividades de prevenção e promoção previstas pela legislação, os ACSs desempenham muitas tarefas burocráticas e administrativas, o que consome parte do tempo que consideram necessário para aprimorar os cuidados e o acompanhamento da comunidade.

Às vezes, eu fico sobrecarregada, como eu tô agora, a gente é escalada pra trabalhar aqui dentro, na DDI também, no Posso Ajudar. Eu queria fazer a minha função só, que é de visitar de casa em casa, além de fazer as visitas e desmarcar consultas, eu tenho que ir mais de uma vez, na mesma casa, na semana, porque pedem pra eu fazer outras coisas e, às vezes, outras casas ficam prejudicadas... que eu não vou nenhuma vez no mês (ACS 2).

Os participantes realçam insatisfação com a falta de capacitação e de formação continuada, a exemplo do que já foi constatado em outras Regiões do país. Cumpre ressaltar que, em um estudo com 53 ACSs do Estado da Paraíba, Lima e Moura (2005) também levantaram queixas relacionadas às condições de trabalho e demandas de formação continuada. Seguem-se alguns trechos ilustrativos desta percepção dos ACSs no DF:

Eu acho que deveriam investir mais, capacitar mais a gente, porque as coisas vêm se modificando a cada dia (ACS 3).

Olha, satisfeito com meu trabalho, eu acho que sim. O problema é com os superiores..., que não dá o suporte técnico adequado. Na verdade, o curso de ACS é de 1.600 horas. Nós fizemos um de 80 pra começar a trabalhar e nunca mais tivemos treinamento nenhum. Eles só prometem, mas a gente nunca teve esse curso completo. Com o meu papel, eu tô satisfeito, porque eu gosto do que eu faço e minha insatisfação é com a falta de apoio (ACS 4).

Problemas relacionados com a falta de treinamento, capacitação ou formação continuada parecem ser comuns à maioria dos ACSs. Este ponto é extremamente importante e reflete, sob a perspectiva destes profissionais, o descaso dos dirigentes, supervisores e responsáveis pela implementação e oferecimento deste tipo de respaldo aos ACSs. Isto repercute diretamente na qualidade da atuação realizada por este profissional, pois a falta de conhecimento técnico sobre questões importantes de saúde dificulta a identificação precoce de determinados problemas.

É importante ponderar juntamente com Thomaz (2002) e Bachilli et al. (2008) que o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes

insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel. Especificamente, os cursos falham em não priorizar características da realidade local, com informações generalistas, abordam de modo inconsistente o âmbito relacional, comunicativo e/ou psicológico, imprescindível para o trabalho em saúde comunitária e ainda, repassam um excesso de informações em tempo restrito que dificulta sua assimilação.

5.1.2. Discutindo o Conceito de Saúde

Como algumas noções estão fortemente vinculadas à concepção de promoção da saúde, é importante conhecê-las para delimitar mais claramente e minimizar as confusões conceituais e suas repercussões sobre a *práxis*. Isto é tanto mais importante, porquanto as mudanças nas práticas de saúde se aceleram em razão das transformações sociais. Cada vez mais, serviços de saúde e órgãos governamentais confrontam a necessidade de mudança do paradigma que orienta as ações relacionadas ao assunto (Czeresnia & Freitas, 2003).

Neste debate, saúde apresenta-se como um conceito organizador das práticas de promoção da mesma. As concepções expressas pelos ACSs desta pesquisa estão ilustradas no Gráfico 2.

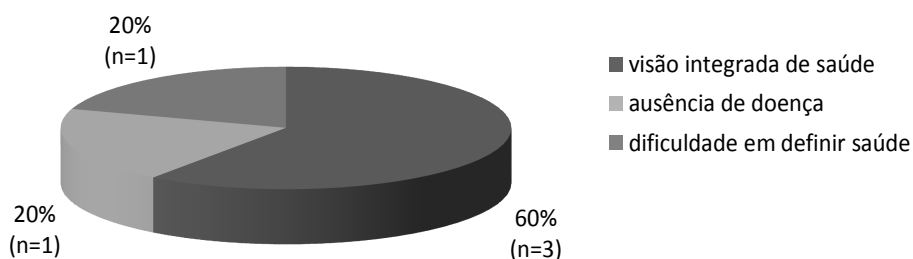


Gráfico 2. Conceções dos ACSs sobre saúde.

A visão integrada de saúde parece remeter-se, portanto, a um olhar mais amplo da questão, em que se reconhecem os vários aspectos da vida de uma pessoa, ou seja, o social, o físico e o mental irão refletir sobre sua saúde. Este dado indica coerência em relação aos propósitos do trabalho em saúde comunitária. Em outras palavras, os ACSs entendem que, para promover saúde, não basta facilitar o acesso aos serviços, é preciso contar com condições de vida dignas, as quais dependem de uma articulação política compromissada com a população (Morosini et al., 2007).

Camargo-Borges e Japur (2005) também evidenciaram um discurso acerca da saúde ampliada e integral entre profissionais de um PSF do interior de São Paulo. Estes estudos permitem supor uma atualização progressiva das representações de saúde que passam a incorporar autocuidado, integralidade, qualidade de vida e cidadania.

Em contrapartida, chama atenção que os ACSs ainda associam saúde à ausência de doença, alinhando-se a uma perspectiva restrita e tradicional que muitas vezes limita-se à adesão ao tratamento e, sobretudo, à prevenção de sintomas ou sequelas (como por exemplo, em casos de hipertensão e diabetes, frequentemente acompanhados pelos ACSs). Ora, Favoreto e Cabral (2009) insistem que é fundamental oportunizar trocas entre comunidade e profissionais da saúde, por meio de grupos educativos que possibilitam circular informações, valorizar e legitimar experiências, tanto individuais quanto coletivas.

Um ACS expressou dificuldade em definir saúde. Tal dificuldade pode ser compreendida quando se resgata a dimensão subjetiva do conceito. Ou seja, definir doença exige verificar critérios diagnósticos, fundamentados em parâmetros quantitativos que indicam presença de determinada enfermidade, tais como temperatura corporal, medida de tensão arterial e dosagens sanguíneas. Todavia, medidas de bem-estar repousam em avaliações mais complexas e pessoais. Aliás, tal dificuldade tem sido compartilhada por muitos autores ao longo do tempo (Lewis, 1953).

Preocupados com a dificuldade de operacionalização do abrangente conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Segre e Ferraz (1997) sugerem “[...] um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade.” (p.542).

5.1.3. Promoção da Saúde x Prevenção de Doenças

De modo geral, os participantes associaram promoção da saúde às informações e orientações fornecidas, como pode ser constatado nos seguintes relatos:

Promover, eu entendo que é levar com que um maior número de pessoas venha estar informado sobre a saúde (ACS 1).

Promover a saúde é orientar pra mudar alguns hábitos que a pessoa vem conservando que é errado, então eu procuro ta orientando (ACS 3).

Estes relatos correspondem a algumas concepções veiculadas na literatura. De fato, o modelo baseado na história natural da doença, descrito por Marcondes (2004) e por Suchocka e Kovess-Masféty (2006), privilegia ações preventivas. Contudo, Buss (2000) e Freitas (2003) alertam que esta perspectiva limita a promoção da saúde à erradicação de comportamentos de risco e hábitos de vida considerados não-saudáveis. O Quadro 2 apresenta relatos reveladores da dificuldade em distinguir promoção e prevenção.

As percepções identificadas na presente pesquisa corroboram as opiniões de Sícoli e Nascimento (2003) e Souza e Grundy (2004). Segundo estes autores, os profissionais de saúde demonstram confusão quanto aos limites conceituais e práticos de ambas as noções, o que acarreta intervenções dispersas e desarticuladas, dificultando práticas coerentes que visem à promoção da saúde. Ter uma visão integrada de saúde não parece suficiente para dar clareza aos ACSs que

participaram da pesquisa, ao contrário do que aponta Freitas (2003). Para este autor, a diferença entre prevenção e promoção repousa no modo como se define saúde: na primeira, saúde é entendida meramente como ausência de doenças e, na segunda, saúde é concebida como resultante da interação entre múltiplos fatores.

Quadro 2 - Percepção comparativa de 'promoção da saúde' e 'prevenção de doenças'.

Participante	Comentários reproduzidos
ACS 1	Promoção e prevenção? Não, prevenção é prevenir. Orientações e promoção é... por exemplo, eu junto um monte de gente e falo daquilo ali, então eu tô fazendo a promoção, é tudo de uma vez. E a prevenção, eu previno no dia a dia. [...] na mesma prevenção, eu uso a promoção. Só que a promoção, geralmente é com mais gente. Mas é a mesma coisa. Pra mim, é a mesma coisa, promoção e prevenção.
ACS 2	Olha, prevenir é pra que não aconteça. Prevenir pra que não chegue lá. Acho que prevenir é assim, quando eu digo que tem que tirar o lixo, eu peço pra lavar aquela roupa que tá lá amontoada. E promover saúde, vixe, eu acho que um tá interligado ao outro. [...] promover é tirar as doenças de dentro de casa. É assim, promover um hábito alimentar, uma higiene melhor nos lares. Ai! Será que eu fiz uma confusão?
ACS 3	Agora você me pegou. Mas não tem diferença, prevenir a doença é uma promoção da saúde.
ACS 4	Eu não vejo muita diferença. Olha, a promoção da saúde, você tá promovendo ali, tipo você mapear e atuar dentro daqueles problemas, dentro da comunidade. Prevenção de doença é... não tem diferença. Promoção de doença é a mesma coisa também. Você tá mapeando determinados problemas. A vacina da gripe, por exemplo, você tem que ver os fatores de risco, por exemplo, pessoas que têm diabetes, têm soropositivo, HIV, têm diabetes, pessoas que têm asma, bronquite, esses problemas de saúde que tem a imunidade afetada.., Então o que tem que fazer? Mapear essas pessoas. E tá fazendo um bloqueio, pra que não venham a contagiar essa gripe, não é verdade? Então precisa de um mapeamento, quando tá prevenindo essa doença, pra manter a saúde dessas pessoas.
ACS 5	Diferença? Diferença tem. Promoção da saúde, a gente está... Bom, não sei se vou explicar, mas prevenção da saúde, promoção, são conhecimentos que eu tenho e, dentro de uma comunidade, eu passo essas informações. E a comunidade, no jeito dela entender, recebe essa informação, passa a fazer essas ações dentro de casa, assim ela tá fazendo a prevenção. Eu faço a promoção em termos de orientação e junto com a comunidade. Se tem alguma dúvida ou pergunta, na parte de prevenção... Então, promoção da saúde é tudo o que a gente tem de informação e passa. E a parte de prevenção é eu junto com a comunidade executando aquelas ações.

Realmente, é preciso concordar que, de um lado, prevenção e promoção se aproximam, pois suas ações se inserem no nível de atenção primária. Porém, de outro lado, se distinguem, na medida em que, na prevenção, o foco é o controle das doenças e a preocupação consiste em eliminar ou reduzir fatores de risco envolvidos na eclosão das enfermidades; ao passo que, na promoção, enfatiza-se a qualidade de vida e busca-se desenvolver fatores de proteção e condições favoráveis para manutenção da saúde da população (Marcondes, 2004; Suchocka & Kovess-Masféty, 2006).

Quando os ACSs foram indagados sobre os fatores que facilitam o trabalho em promoção da saúde, assinalaram o planejamento e ação conjunta da equipe e a disponibilidade do próprio profissional em identificar problemas e propor estratégias inovadoras. Em contrapartida, pensando nos fatores que dificultam o trabalho, os ACSs foram unânimes em afirmar que a falta de adesão dos usuários repercute em um oneroso obstáculo a ser transposto nesta área, além da falta de apoio da rede de serviços e de estrutura adequada e material didático para reuniões e palestras educativas.

Tendo em vista a dificuldade em relação à falta de material didático uma participante comenta que é preciso possuir ferramentas diferentes para chamar a atenção dos usuários, alegando que apenas falar muitas vezes não adianta, ela sente falta de ter panfletos com orientações para que os usuários possam levar pra casa, ou oferecer palestras, passar um filme, etc. A ACS complementa enfatizando que pouco recurso dificulta no entendimento e adesão às práticas de promoção da saúde.

Este dado converge com a ideia disseminada por Simões et al. (2007) de que o uso de múltiplos recursos condizentes com o sistema sociocultural dos usuários é importante para a assimilação da mensagem, pois estimula os sentidos ativando as habilidades sensoriais e perceptivas dos mesmos.

5.1.4. Registros Observacionais em Situação de Visita Domiciliar

Para a construção do protocolo de observação, foram realizadas visitas domiciliares com os cinco ACSs, nas microáreas de atuação de cada profissional. No entanto, foi efetuado o registro das informações no protocolo com apenas dois deles. No Anexo L encontram-se alguns exemplos do preenchimento do referido protocolo.

O critério de escolha destes dois participantes foi o desempenho dos mesmos na execução de suas atividades, ou seja, optou-se por observar sistematicamente os ACSs com os desempenhos mais discrepantes, no sentido que um ACS atuou em conformidade com as premissas do modelo biomédico, enquanto o outro privilegiou os pressupostos do modelo biopsicossocial. Assim, foram elencados o ACS 4 e o ACS 5.

A seguir, apresentam-se os resultados dos dois subsistemas: finalidade dos recursos comunicacionais e recursos comunicacionais. As categorias que compõem cada subsistema estão detalhadas no Anexo M.

Vale ressaltar que para a construção das categorias, consultou-se a sistematização realizada por Araujo (2009), sobre o enfoque comunicacional para pesquisa e atuação na área da saúde.

5.1.4.1. Finalidade dos Recursos Comunicacionais

Neste subsistema, foram agrupadas três categorias: 1) Incentivo à participação; 2) incentivo à interação e, 3) Comunicar informações.

5.1.4.1.1. Incentivo à Participação (IP): comportamentos, relacionados basicamente ao estado de saúde dos usuários: 1) Pede cartão de vacina das crianças (PCV); 2) Pede cartão de consulta dos portadores de hipertensão e diabetes (PCC); 3) Pergunta sobre estado de saúde do usuário ou de outros familiares (PSU/PSOF); 4) Pergunta sobre a utilização dos remédios (PUR); 5) Pergunta sobre a alimentação (PA); 6) Pergunta sobre a prática de atividade física (PPAF); 7) Pergunta sobre medidas básicas de higiene (PMBH); 8) Pergunta sobre o consumo de bebidas alcoólicas (PCBA).

Dos oito comportamentos sobre a categoria “incentivo à participação (IP)”, o mais frequente é “Pergunta sobre o estado de saúde do usuário ou de outros familiares (PSU/PSOF)” (n=6). Pode ser que este comportamento tenha sido mais evidenciado por ser comum e rotineiro a todos os ACSs perguntarem pelo estado de saúde do usuário que os recebem e ainda, dos outros membros da família, uma vez que precisam mapear a condição de saúde que os usuários se encontram.

Os ACSs dão ênfase também à preocupação com o estado de saúde das crianças, questionando os pais sobre o aparecimento de diarreia e gripe, já que casos de desnutrição são frequentes na comunidade.

O segundo comportamento mais observado é “Pede o cartão de vacina das crianças (PCV)” (n=3). Coincidentemente, as famílias visitadas pelos ACSs durante a observação possuíam crianças, por esse motivo a solicitação do cartão de vacina. Contudo, se a maioria das famílias fosse de portadores de hipertensão e diabetes, o comportamento mais evidente seria pedir o cartão de consulta (PCC), pois logo após perguntar sobre a saúde dos usuários, faz parte da rotina do ACS solicitar o cartão, tanto de vacina para as crianças, quanto o de consulta dos adultos portadores de hipertensão e diabetes.

5.1.4.1.2. Incentivo à Interação (II): comportamentos associados à socialização e relacionamento do profissional com os membros da comunidade, e ainda, propõem que os usuários reflitam sobre seu estado e histórico de saúde: 1) Saudações e despedidas (S/D); 2) Socialização com usuário ou familiares (Soc.); 3) Resgata histórico de saúde dos usuários (RHS).

Dos três comportamentos da categoria “incentivo à interação (II)”, o comportamento mais emitido é o de “Saudações e despedidas (S/D)” (n=4), seguido de “Socialização com usuários ou familiares (Soc.)” (n=3) e, por último, “Resgata histórico de saúde dos usuários (RHS)” (n=2).

Ante ao exposto, pode-se inferir que, além do ACS tentar se mostrar agradável e demonstrar envolvimento, ele também se apresenta preocupado com o estado de saúde dos membros da comunidade, tentando fazer com que eles reflitam sobre sua condição, ao enfatizar a importância da prevenção para o cuidado em saúde.

5.1.4.1.3. Comunicar Informações (CI): comportamentos que se referem basicamente a determinada orientação sobre questões voltadas à promoção da saúde, como por exemplo, a

alimentação saudável e a prática de atividades físicas: 1) Informa ou explica sobre determinado assunto indagado pelo usuário (I/E); 2) Orienta sobre campanhas de saúde realizadas pela UBS (OCS); 3) Orienta sobre a alimentação (OA); 4) Orienta sobre a prática de atividade física (OPAF); 5) Orienta sobre medidas básicas de higiene (OMBH); 6) Orienta sobre o consumo de bebidas alcoólicas (OCBA).

Dos seis comportamentos da categoria “comunicar informações (CI)”, a mais frequente é “Informa ou explica sobre determinado assunto indagado pelo usuário (I/E)”. Em geral, o interesse dos usuários é proveniente de questões voltadas aos serviços ofertados pela UBS, como os horários e dias de funcionamento de cada especialidade médica, horário dos grupos, dentre eles o de atividades físicas, cujos ACSs são responsáveis, horário para pegar medicação na farmácia, etc.

Alguns dos outros comportamentos também foram identificados nas observações com os dois ACSs escolhidos, como “Orientação sobre medidas básicas de higiene (OMBH)” (n=2), “Orientação sobre a prática de atividades físicas (OPAF)” (n=1) e “Orientação sobre o consumo de bebidas alcoólicas (OCBA)” (n=1). Estes comportamentos foram emitidos apenas pelo ACS 5, que ofereceu um maior número de informações durante a visita. Além de tentar dirimir dúvidas dos usuários, procurou dar outras orientações, cujas ações estão voltadas à promoção da saúde.

No Gráfico 3, pode-se observar uma comparação entre o ACS 4 e o ACS 5, em relação às três categorias do Subsistema 1.

Com a análise dos dados, constatou-se que houve diferença considerável na duração das visitas. A média do tempo da visita do ACS4 foi de sete minutos, ou seja, pouco tempo para informar, orientar, ou mesmo, sensibilizar o morador da necessidade do cuidado com sua saúde. O ACS expressou pouco envolvimento com a situação. Não que ele não tenha se preocupado com a condição de saúde da família, mas deu ênfase para suas atividades burocráticas de preencher alguns formulários e atingir uma meta de visitação no final do mês. Isto pareceu influenciar negativamente sua atuação.

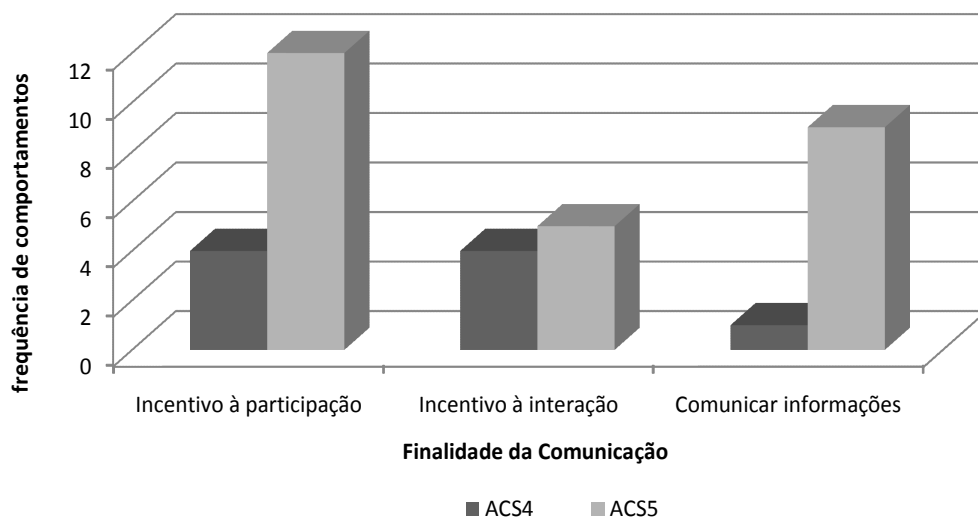


Gráfico 3. Comparação da finalidade dos recursos comunicacionais utilizados pelos ACSs.

Já o ACS5 teve uma postura totalmente diferente. A média de tempo da visita foi de 19 minutos, bem mais do que o tempo dedicado pelo outro profissional. Este ACS demonstrou muita calma, investigando pontos importantes dos relatos, mostrando-se ainda bastante preocupado com a saúde dos moradores.

As diferenças entre os comportamentos emitidos entre o ACS4 e o ACS5, bem como a frequência dos mesmos, se explicam, de certa forma, pelo tempo de duração das visitas, cujos valores mais discrepantes estão nas categorias IP e CI.

5.1.4.2. Recursos Comunicacionais

Referem-se aos recursos utilizados durante a comunicação do profissional com o usuário, que podem se refletir de modo a facilitar ou dificultar a transmissão do conteúdo da informação:

5.1.4.2.1. Recursos que Facilitam (RF): comportamentos relacionados, basicamente, à certificação de que o usuário compreendeu a informação: 1) Investiga sobre compreensão do usuário (ICU); 2) Repete explicação ao usuário (REU); 3) Investiga informação (II).

Dos três comportamentos que compõem a categoria “recursos que facilitam (RF)”, o mais prevalente é “Repete explicação ao usuário (REU)” (n=9). Em geral, este comportamento costuma ser o mais emitido pelos ACSs, pois quando ele se despede, acaba reforçando a informação que considera mais importante que o usuário assimile.

Dos fatores descritos pela literatura que atuam como facilitadores da comunicação estabelecida, tornando-a mais satisfatória e eficiente, o que mais se associa às categorias apontadas

por esta pesquisa consiste em investigar a compreensão do usuário sobre as informações transmitidas (Epstein et al., 2004; Savard, 2004).

5.1.4.2.2. Recursos que Dificultam (RD): comportamentos que possivelmente agiram como obstáculos para o estabelecimento de uma comunicação favorável à compreensão do conteúdo transmitido: 1) Interrompe fala do usuário (IFU); 2) Interrupção da orientação (IO); 3) Registra informações (RI).

Dos três comportamentos classificados na categoria “Recursos que dificultam (RD)”, o mais incidente e que foi emitido com frequência pelo ACS 4 é “Registra informações (RI)”. O fato de registrar informações é até previsto na atuação do ACS, contudo, muitos deles se preocupam tanto com este registro, que acabam priorizando este comportamento em detrimento de uma comunicação satisfatória.

Dois destes recursos apontados pelo estudo – IFU e RI, convergem com dados descritos pela literatura especializada como fatores que podem dificultar o processo comunicacional, como: a) tempo reduzido dos atendimentos, que restringe a consulta visando o diagnóstico e o prognóstico; e b) restrição do contato visual entre profissional de saúde e usuário, seja pelo fato do profissional priorizar os recursos tecnológicos utilizados na consulta, seja pela necessidade de registrar informações, ou mesmo por não reconhecer a importância dos comportamentos não-verbais durante o atendimento (Enskar & Essen, 2000).

Com a observação da atuação do ACS 5, constata-se que o mesmo procurou investigar vários aspectos ao longo da visita, como por exemplo, a alimentação do bebê e medidas de higiene, demonstrando interesse por todos os membros da família. Este ACS também se preocupou com os registros das informações, mas priorizou a relação com a família.

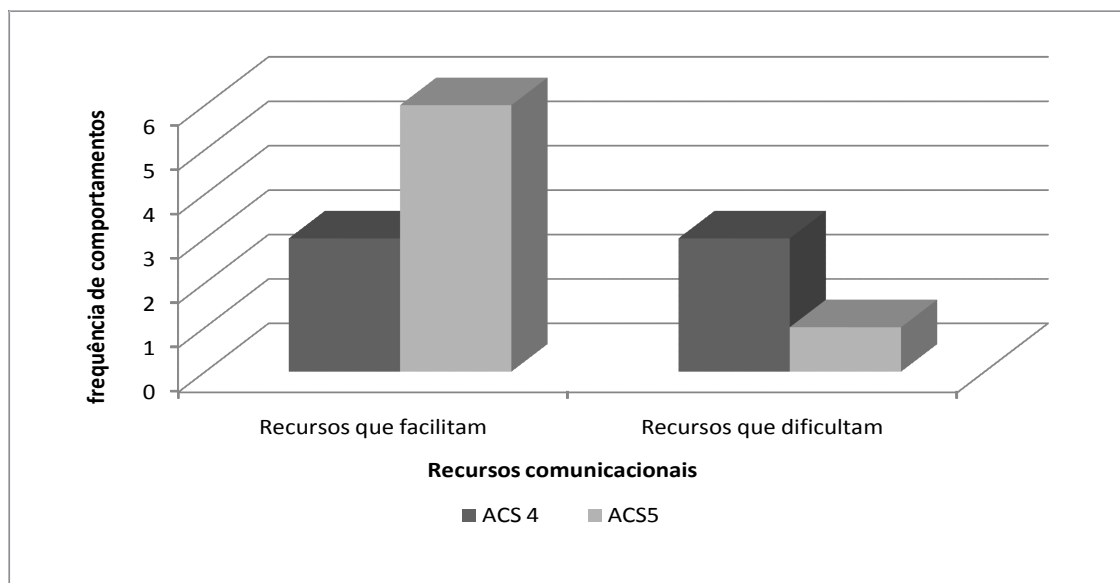


Gráfico 4. Comparação dos recursos comunicacionais utilizados pelos ACSs.

Na comparação realizada entre os ACSs, considerando tanto os recursos que facilitam quanto os que dificultam, novamente o ACS 5 se destaca, apresentando maior frequência de comportamentos que facilitam e menor frequência de comportamentos que dificultam a transmissão do conteúdo.

Apresentando contribuições do enfoque comunicacional para pesquisa e atuação na temática da comunicação em saúde, Araujo (2009) argumenta que seria considerado o participante mais competente aquele que contemplasse as três finalidades comunicacionais, ou seja, tanto a participativa, quanto a interativa e a informativa, bem como utilizasse mais recursos que facilitam do que recursos que dificultam a comunicação. Neste contexto, comparando as atuações dos ACSs 4 e 5, o ACS 5 apresenta todas estas características, mostrando-se, desta forma, bastante competente no desenvolvimento de suas atividades.

5.1.5. Comunicação do ACS

Os dados revelam que o ACS 4 adota nas visitas uma postura mais autoritária, e foi possível identificar as seguintes modalidades de comunicação (ver Quadro 3):

Quadro 3 - Modalidades de Comunicação Emitidas pelo ACS 4

Relato	Modalidade de Comunicação	Categoria
“Ta com o pé machucado e não vai no posto. Isso não pode acontecer, tem que ir.”	Forma típica	Dá ordens
“A senhora viu que tem uma vacina atrasada? Não pode deixar isso acontecer.”	Forma típica	Dá ordens
“Então, agora que a senhora ta mais tranquila desce lá no posto pra regularizar isso, e não deixa isso acontecer novamente, porque o mais importante é a saúde do teu filho.”	Forma típica	Dá ordens
“Já pensou se você perder a perna? ... Olha que você já teve trombose.”	Forma típica	Amedrontar

Nos relatos, é possível identificar que este profissional atua de acordo com o modelo biomédico. O modo autoritário com que ele se posiciona é próprio deste modelo. Se o usuário se mostrar passivo, assumindo uma postura de submissão ao profissional, pode ser que o ACS consiga que ele se comporte da maneira que lhe é cobrado, mas, caso contrário, se o usuário adotar uma postura ativa e não se atentar muito a ordens, o esforço autoritário deste profissional será em vão. Ou ainda, segundo Maldonado e Canella (2003), esta forma de comunicação pode repercutir negativamente quando utilizada com pessoas em momentos de maior vulnerabilidade emocional ou de estruturação de novos aspectos de sua definição pessoal, como ocorre, por exemplo, nos períodos da adolescência e do climatério.

Esta postura paternalista talvez se justifique pela percepção que alguns ACSs têm do usuário, como revelado no estudo de Flores (2007), para os quais muitas vezes é preciso encarar o usuário como um ‘filho’, se posicionando de modo mais autoritário, e que ‘puxar’ a orelha, em alguns momentos, faz parte do processo de amadurecimento dos mesmos.

Já o ACS 5 assumiu uma postura condizente com o modelo biopsicossocial, pois mostrou-se realmente preocupado e interessado com o estado de saúde de todos os membros da família, investigando pontos importantes como a alimentação, a higiene, etc. As modalidades de comunicação adotadas pelo ACS 5 são as seguintes (ver Quadro 4):

Quadro 4 -Modalidades de Comunicação Emitidas pelo ACS 5

Relato	Modalidade de Comunicação	Categoria
“Mãe, lavar só não adianta, tem que ferver o bico, pra matar as bactérias, a mamadeira você pode ferver também. Assim diminuir a possibilidade de seu filho ficar doente.”	Forma benéfica	Orienta antecipatoriamente
“Eu sei que ta bem fechadinho, mas é bom, se vocês puderem, colocar em outro lugar, porque no chão o alimento fica muito exposto. Será que não cabe no armário?”	Forma benéfica	Tenta resolver conjuntamente os impasses
“E o senhor não fuja, porque se tentar fugir eu te acho!” “Olha que vou perguntar lá se o senhor ta indo hein.”	Forma típica	Faz ameaças
“O senhor sabe que tomando remédio não pode beber. Lembra aquele dia que cheguei aqui e o senhor tava passando mal, então, não pode misturar bebida com remédio, e como o senhor não pode parar de tomar o remédio, senão a pressão sobe, o senhor não pode mais beber”.	Forma benéfica	Confronta
“O senhor precisa arrumar um lugar pra guardar os remédios pra não perder, uma vasilha ou uma caixa pequena.”	Forma benéfica	Tenta resolver conjuntamente os impasses
“Essas vasilhas jogadas o senhor precisa juntar e colocar no lixo, pra não acumular água, porque o mosquito da dengue não vai acabar, é a gente que tem que cuidar.”	Forma benéfica	Orienta antecipatoriamente

Esse profissional adota mais formas benéficas que típicas de comunicação, o que representa que este ACS, de acordo com Maldonado e Canella (2003), preza pelo estabelecimento de vínculos mais significativos com os usuários, o que repercute em resultados mais gratificantes.

A resolução conjunta dos impasses é reflexo do respeito que o profissional possui, pelas próprias necessidades, bem como, pelas necessidades do outro, onde o poder é compartilhado. A orientação antecipatória não significa dar uma aula brilhante ou uma demonstração de sabedoria e de conhecimento, mas oferecer um panorama geral de uma situação a ser enfrentada caso a pessoa não adote determinados comportamentos. Estas informações devem ser transmitidas em termos simples e concretos, o menos técnicos e intelectualizados possível, como fez o ACS 5, quando

orientou sobre a higienização da mamadeira e a importância de não deixar vasilhas jogadas no quintal para não acumular água e ser um possível foco de proliferação do mosquito da dengue.

Em seu trabalho sobre os sentidos de ser agente, Pupin e Cardoso (2008) também evidenciaram um fazer em saúde ora permeado por concepções atreladas ao modelo biomédico, ora relacionado aos novos paradigmas em saúde. Por um lado, as autoras identificaram entre os ACSs uma postura paternalista/assistencialista, em que a comunidade era significada como passiva e não comprometida. E por outro, mesmo que mais restrita, de um profissional que participa de um sistema de saúde com recursos que o oportuniza a transformar as condições de vida dos usuários, uma vez que conhece e partilha das necessidades da comunidade.

5.1.6. Oficina de Promoção da Saúde

Compareceram à Oficina apenas três dos cinco ACSs que foram entrevistados: a ACS 2, a ACS 3 e o ACS 5.

Nesta atividade em grupo, os participantes foram convidados a realizar alguns exercícios. O primeiro referiu-se à associação livre de palavras sobre o termo “Promoção da Saúde”, onde houve o registro das palavras que emergiram no grupo. Em seguida, foi solicitado aos participantes que escrevessem em tiras de papel exemplos de atuação em promoção da saúde. Estes exemplos foram discutidos sob o prisma da Política Nacional de Promoção da Saúde, apresentada pela coordenadora da oficina, com ênfase para os eixos norteadores desta política. E, por fim, após conhecer a política e a diferença entre promoção e prevenção, foi proposta uma reflexão para a construção coletiva do conceito de promoção da saúde e até que ponto os exemplos descritos *a priori* realmente representavam ações em promoção da saúde. A descrição passo a passo da Oficina encontra-se no Anexo C.

5.1.6.1. Repertórios de Palavras Associadas à Promoção da Saúde

Na oficina foram obtidas 41 associações com o termo promoção da saúde, com três repetições. O formulário desta atividade encontra-se no Anexo F. Estes vocábulos ou repertórios foram classificados em três eixos de análise, cujo resultado está representado na Tabela 4.

Tabela 4 - Palavras associadas ao termo Promoção da Saúde

Eixos de Análise	Total
Foco na atuação e estrutura dos serviços	21 (51%)
Foco na saúde	17 (42%)
Foco na doença	3 (7%)
Total	41 (100%)

No eixo “Foco na atuação e estrutura dos serviços”, foram classificados os repertórios relacionados ao âmbito profissional do ACS, ou seja, às ações que costumam realizar ao promover saúde, bem como, ao que é necessário oferecer aos profissionais para que realmente consigam desenvolver atividades de promoção da saúde.

Estes dados são condizentes com as definições dos ACSs, tanto nas entrevistas individuais, quanto na Oficina, quando associam promoção da saúde a orientações e informações que o profissional destina aos usuários e à comunidade em geral. No entanto, novos vocábulos surgiram na associação, como relacionamento, acolhimento, educação, entrosamento da equipe, que, de certa forma refletem a importância da comunicação. O que leva ao entendimento de que o trabalho de promover a saúde está pautado na necessidade de haver um bom relacionamento entre profissional e usuário, para que este se sinta acolhido e seguro para aderir às estratégias propostas pelo ACS.

Outra questão que é possível refletir com os vocábulos neste eixo é a presença de respaldo aos profissionais, quando fazem alusão às seguintes palavras: cursos técnicos, profissional qualificado, instalações e qualidade do serviço prestado.

Os participantes deste estudo comentaram sobre a falta de apoio profissional, tanto no que se refere à falta de capacitação e formação continuada, quanto à exígua estrutura dos serviços. Eles afirmam que o usuário apenas ficará satisfeito se houver viabilidade e qualidade nos serviços prestados.

No eixo “Foco na saúde”, os vocábulos descritos foram classificados neste eixo por estarem associados à prevenção primária, dimensão que compreende ações de promoção da saúde e de proteção específica, como apontam Leavell e Clarck (1976).

Por um lado, incluem repertórios sobre medidas básicas de higiene, tirar o lixo, cortar as unhas, lavar as mãos e escovar os dentes, associados ao que os autores referem como proteção específica. E por outro, associações como esporte, lazer, bem-estar físico e mental, caminhar, ter boa alimentação, coadunam com a visão integrada de saúde revelada pelos ACSs, e se relacionam com a dimensão de promoção da saúde apontada pelos autores, que incluem ações de recreação e bom padrão de nutrição, ajustado às fases do desenvolvimento da vida das pessoas.

Já no eixo “Foco na doença”, as associações refletem as dimensões de prevenção secundária, pois as palavras suscitadas remetem ao momento em que a doença já está instalada, como adesão, tratamento e cuidados específicos. Não caracterizando a dimensão da prevenção relacionada à promoção, pois nesta situação procura-se diagnosticar e tratar precocemente para não haver comprometimentos maiores à saúde da pessoa, ou mesmo, limitar a invalidez nos casos em que o estágio da doença está consideravelmente avançado (Leavell & Clarck, 1976).

5.1.6.2. Construção Coletiva do Conceito de Promoção da Saúde

As definições iniciais sobre promoção da saúde da Oficina convergiram com aquelas comunicadas nas entrevistas individuais. Três casos foram abordados pelo grupo, sendo que um

deles é bastante ilustrativo. Trata-se de um paciente idoso que era internado frequentemente, pois a pressão não estava controlada e não tomava suas medicações na quantidade e horário adequados. O ACS 5 passou, então, a intensificar as visitas domiciliares para ensinar a identificação dos remédios através de métodos simples (discriminação dos comprimidos por cor e separação em vasilhames) e orientar o cumprimento dos horários prescritos. De acordo com o ACS, atualmente, o paciente não tem recorrido às emergências hospitalares e ganhou qualidade de vida. O profissional está satisfeito e a família do paciente encontra-se mais tranquila. Para o ACS, ainda “falta conseguir introduzir o paciente ao grupo de atividades físicas”.

Seguem-se os comentários dos participantes da Oficina a respeito deste caso (ver Quadro 5).

Quadro 5 - Discussão de um caso ilustrativo de atuação em promoção da saúde durante a Oficina.

Participante	Comentários reproduzidos
Coordenadora da Oficina	Então esse exemplo, a gente consegue associar a qual tipo de estratégia?
ACS 5	Na promoção e na prevenção, porque digamos, ele não tomava a medicação correta e, além disso, já estamos visando um outro tipo de bem-estar pra ele, tentando introduzir ele no grupo de atividades físicas.
Coordenadora da Oficina	Tá, mas você não conseguiu isso ainda.
ACS 5	Não, ainda não. Eu tô me esforçando o máximo, e fazer com que ele parasse de frequentar as UTIs e as emergências da vida, fazer com que ele tomasse e identificasse os remédios já é uma grande conquista.
Coordenadora da Oficina	Tá, então vamos pensar... O paciente já tem uma doença instalada, ele tem hipertensão e diabetes. Então, a estratégia desenvolvida foi com relação à utilização de remédios. De acordo com o que discutimos, podemos entender que nos deparamos com uma estratégia de quê?
ACS 5	É promoção.
ACS 2	É prevenção.
ACS 3	É complicado.
ACS 2	Ele tá prevenindo pra que ele não morra.
ACS 5	Peraí. É prevenção, você tem razão, o foco era a doença.

O trecho reconstituído revela mudança do conceito inicial sobre promoção, em especial, para o relator do caso. Possivelmente, como promoção e prevenção dão ênfase ao cuidado, e não à cura, os profissionais têm dificuldade em distingui-las.

Marcondes (2004) argumenta que qualquer mudança visando à melhoria da saúde pode estar associada à promoção da mesma, dependendo dos objetivos fixados para as estratégias adotadas pelo profissional. Desta maneira, é crucial ponderar se as ações visam controlar ou reduzir determinada doença (prevenção) ou enfatizar a qualidade de vida das pessoas, fomentando a capacidade dos usuários para identificar necessidades individuais e coletivas (promoção).

Durante a atividade grupal, os participantes paulatinamente reconheceram que a maioria das atividades realizadas era orientada para a prevenção de doenças. Exemplo:

ACS 2: então tudo que a gente faz, por exemplo, com as crianças com o CD (Crescimento e Desenvolvimento) vai cair na parte de prevenção.

ACS 2: E assim, quando a gente manda vim fazer o teste do pezinho até o 7º dia? É o quê?

Coordenadora: Você está prevenindo doença. Todas essas estratégias como vacinação, testes, exames.

ACS 2: Então com as gestantes também, que tem que fazer pré-natal...

Ao longo da Oficina, os ACSs concluíram que a intensidade e o ritmo da rotina de trabalho a que são submetidos (ex.: preenchimento de formulários, atividades prescritas junto à comunidade) fazem com que priorizem a prevenção de doenças, em detrimento da promoção da saúde.

No momento do encerramento, os participantes avaliaram a atividade da seguinte maneira:

ACS 5: Foi bom ver essas diretrizes aqui, porque agora a gente pode tá chegando na coordenação e tá discutindo o que a gente pode tá fazendo pra iniciar um trabalho nestes eixos. Pra tá nos dando respaldo do posto de saúde pra que a gente entre na comunidade e possa tá fazendo a diferença nestes aspectos. A redução de acidentes de trânsito, a gente pode tá indo nas escolas, tá dando palestras pras crianças mesmo, de como tá se prevenindo nos acidentes em uma cidade que cresceu, digamos, cresceu de uma hora pra outra [...].

ACS 3: Minha visão mudou com certeza, e agora eu vou atrás de mais coisa pra poder me aprofundar no assunto.

ACS 2: Agora eu vou pra comunidade com outra visão.

ACS 5: Agora sim, a gente tem o conhecimento pra tá cobrando dos coordenadores, pra que desenvolvam ou tragam políticas pra dentro do posto. Pra que a gente possa ter pra onde mandar, pra onde encaminhar. Porque tudo tem um direcionamento e tem que ter um respaldo [...].

Em síntese, esta atividade suscitou reflexões sobre promoção e prevenção, contribuindo para a familiarização dos ACSs com a PNPS. Os participantes refletiram sobre os objetivos de suas intervenções junto à comunidade, procurando distinguir promoção e prevenção. Ao conhecer melhor a PNPS, discutiram estratégias que cumprissem os eixos recomendados pela política.

Contudo, chama-se atenção para o fato de que mesmo após a apropriação da diferença entre os termos realizada pelos participantes, eles ainda resgatam argumentos que sinalizam a confusão entre promoção e prevenção, quando apontam ações de promoção da saúde baseadas apenas na transmissão de informações, como proferir palestras. Permanecendo as confusões presentes na dimensão prática para além da conceitual.

5.1.7 – Sistematização dos Resultados

Na tentativa de oferecer melhor visibilidade aos dados elucidados no Estudo 1, realizou-se um esquema sintetizando os resultados em destaque. Na Figura 2, encontra-se a representação esquemática dos dados.

Os resultados do Estudo 1 estão pautados no tripé ‘Saúde - Promoção da Saúde - Comunicação’, para os quais se observa concepções e comportamentos bastante discrepantes.

Os recursos e ferramentas utilizadas pelos ACSs ao que tange a categoria ‘Promoção da Saúde’, permitem aludir a teorias com foco no indivíduo, pois quando atuam visando à mudança de comportamento dos usuários para que adotem medidas que favorecem práticas saudáveis, procuram sensibilizá-los quanto à percepção de risco, gravidade e consequências de determinadas doenças (Kalichman & Hospers, 1997).

Dentre as teorias com foco no indivíduo destacam-se o modelo de crenças em saúde (Dela Coleta, 1999; Rosenstock, 1974), a teoria da ação racional (Ajzen & Fishbein, 1970, 1977; Fishbein & Ajzen, 1974) e o modelo transteórico ou de estágios de mudança (Norcross et al., 2011; Prochaska et al., 1994; Prochaska et al., 2008), são unânimes em enfatizar que a mudança na esfera individual ocorre considerando o contexto sócio, econômico, político, histórico e cultural das pessoas, ou seja, para fomentar e entender como as mudanças ocorrem é preciso estabelecer relações entre crenças, atitudes, intenções e comportamento.

Assim, se por ventura, os ACSs compartilhassem do conhecimento sobre as teorias aplicadas à promoção da saúde, e fossem indagados sobre quais delas supostamente orientaria sua atuação, é possível que as respostas fossem condizentes com as teorias com foco no indivíduo, pois sua atuação é um tanto quanto pontual visando à mudança do estilo de vida, como bem representa a seguinte fala: *Promover a saúde é orientar pra mudar alguns hábitos que a pessoa vem conservando que é errado, então eu procuro ta orientando (ACS 3).*

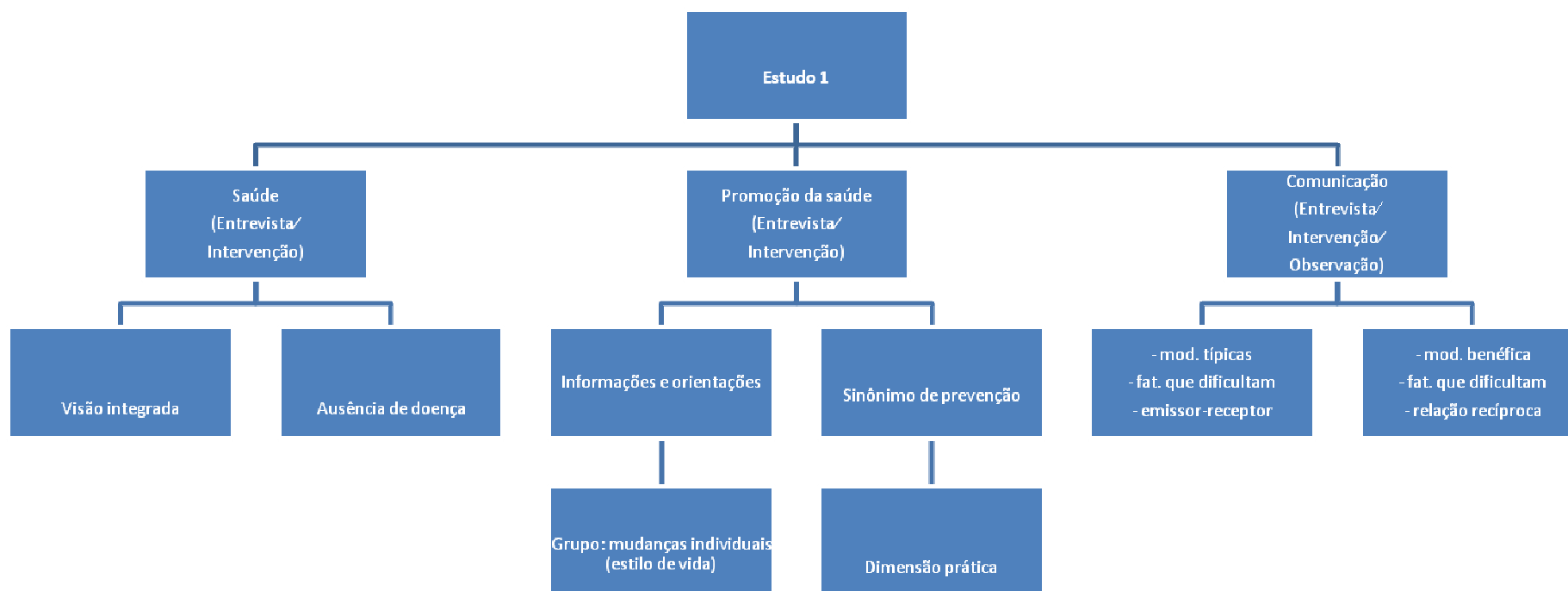


Figura 2. Esquema representativo da sistematização dos resultados.

Chama-se atenção para os dados em promoção da saúde, cujas definições estão atreladas ao primeiro grupo de teóricos, que associam o termo a alterações focais que visam à mudança de comportamento na esfera individual, a fim de privilegiar o incremento na qualidade de vida dos usuários (Buss, 2000; Castiel, 2004; Freitas, 2003). Já para as definições que associam os termos ‘promoção’ e ‘prevenção’ como sinônimos, quando tentam exemplificar atuações para diferenciar ambos os termos, as confusões se mostram na dimensão prática e nem tanto na teórica. Este dado condiz com a ideia difundida por Buss (2003), Mello (2000) e Sícoli e Nascimento (2003) que o dilema conceitual entre promoção e prevenção não reside em seu conteúdo teórico, mas sim, em suas respectivas práticas, isto é, no que os autores denominam de dimensão metodológica.

Com base nos resultados do Estudo 1, foi proposta a realização de uma intervenção aos ACSs, focando as bases conceituais da Promoção da Saúde, os eixos de atuação da Política Nacional de Promoção da Saúde, além de uma reflexão sobre a temática da comunicação. Na sequência, descrevem-se os resultados do Estudo 2, enfatizando semelhanças e diferenças com o Estudo 1.

5.2. Estudo 2

Este Estudo foi realizado no município de Campo Grande, no período que compreende os meses de dezembro de 2010 a junho de 2011.

5.2.1. Perfil dos Participantes

Participaram deste Estudo ACSs de duas UBSFs do município de Campo Grande, MS, que compõem equipes do PSF. Na UBSF1, realizou-se a Capacitação em Promoção da Saúde com a participação de 22 ACSs. E na UBSF2, ocorreu o Grupo de Apoio, com a participação de 25 ACSs. Em ambas as UBSFs, foram eleitas uma amostra de ACSs, e apenas os integrantes destas amostras foram convidados a participar das entrevistas individuais e da observação do comportamento da atuação profissional com o registro dos protocolos.

Como cada UBSF contava com a atuação de quatro equipes de PSF, apenas um integrante de cada equipe foi convidado a participar. Assim, oito ACSs, compuseram as amostras, cuja caracterização encontra-se na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização dos participantes das amostras

Participante	UBSF	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Renda Familiar	Tempo de profissão
ACS 1a.	1	M	38	EMC	C	+ 5 SM	4a.
ACS 2a.	1	F	27	EMC	C	2 a 5 SM	7m.
ACS 3a.	1	F	43	EMC	C	+ 5 SM	10a.
ACS 4a.	1	F	27	EMC	C	2 a 5 SM	8m.
ACS 1b.	2	F	31	EMC	C	2 a 5 SM	9m.
ACS 2b.	2	F	33	EMC	C	2 a 5 SM	1a.
ACS 3b.	2	F	35	ESC	C	2 a 5 SM	2a.
ACS 4b.	2	F	54	EMC	C	2 a 5 SM	14a.

ACS = Agente Comunitário de Saúde; F = Feminino; M = Masculino; EMC = Ensino Médio Completo; EMI = Ensino Médio Incompleto; ESC = Ensino Superior Completo; C = Casado(a); SM = Salários Mínimos; a = anos; m = meses.

As amostras foram representativas em relação à questão de sexo. Na UBSF1, dos 22 ACSs, apenas dois eram homens. Já na UBSF2, não houve participação masculina pelo fato da composição profissional na unidade ser eminentemente feminina. Reforçando a feminilização da profissão reportada na literatura (Ferraz & Aertz, 2005; Flores, 2007; Galavote et al., 2011; Santos et al., 2011). Fato que pode estar intimamente relacionado com o papel de cuidador que a mulher desempenha na sociedade, sendo as principais responsáveis pela educação e alimentação das crianças e pelos cuidados prestados aos idosos.

Todavia, cabe refletir juntamente com Tomaz (2002) que a eminente participação feminina como ACS tem raízes históricas, pois a primeira experiência de ACSs, como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada, ocorreu no Ceará em 1987, com o objetivo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. Esta estratégia expandiu-se rapidamente no Estado, atingindo praticamente todos os municípios em três anos, sendo posteriormente referendada pelo Ministério da Saúde na proposta dos programas PACS e PSF.

A média de idade não variou muito de uma unidade para outra. Enquanto na UBSF1 a média foi de 33,75 anos, na UBSF2 computou-se uma média de 38,25 anos de idade. Ferraz e Aertz (2005) relacionam características favoráveis e desfavoráveis que acreditam estar associadas à variável 'idade'. As autoras argumentam que os ACSs com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, ter mais vínculos e laços de amizades, embora possam ter cultivado alguns desafetos ou conflitos com outros moradores ao longo do tempo. Estes também, possivelmente, possuem seus próprios conceitos sobre o processo saúde-doença, advindos de experiências próprias ou alheias,

podendo ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde em sua comunidade. Contrariamente, os agentes mais jovens não conhecem tão bem a comunidade, seu envolvimento pode ser menor; entretanto, poderão não ter inimizades, seus conceitos de saúde e doença não serem muito arraigados, sendo mais suscetíveis a mudanças e novidades.

No estudo conduzido por Silva e Dalmaso (2002b) também houve maior participação de ACSs acima dos 30 anos de idade. As autoras ressaltam que, para muitos, ser agente comunitário de saúde foi uma oportunidade de reingresso no mercado de trabalho e que, para outros, ser agente representou reconhecimento e remuneração do trabalho já desenvolvido como voluntários na comunidade.

Embora a idade possa ser uma variável que influencie no relacionamento dos ACSs com os usuários, ou mesmo em concepções condizentes com os novos paradigmas de 'fazer' em saúde. Este dado não foi relevante para o presente estudo da forma como é veiculada na literatura.

Em geral, todos os participantes possuíam o ensino médio completo, com exceção de uma ACS da UBSF2, que havia concluído o Ensino Superior. Esta participante, que cursou Serviço Social, alega que se formou há um ano e que, muitas vezes, auxilia a Assistente Social da unidade. Ela acredita que, com os conhecimentos adquiridos na formação superior, pode contribuir muito mais na comunidade em que atua.

Mesmo que o Ministério da Saúde (Lei nº 10.507, 2002) estabeleça como requisito a escolaridade mínima do ensino fundamental para a profissão de ACS, é notório o incremento da escolarização dos ACS, tanto para os que se candidatam ao cargo, quanto para os que exercem há algum tempo esta função. Pois estes profissionais partilham do entendimento de que quanto maior a escolarização, maior a possibilidade de incorporar novos conhecimentos e, por conseguinte, melhor orientar as famílias sob sua responsabilidade (Ferraz & Aertz, 2005; Santos et al., 2011).

No estudo orientado por Marzari et al. (2011), foi constatado que a maioria dos participantes possuíam ou estavam cursando um curso técnico na área da saúde, pois buscavam na qualificação profissional o embasamento teórico necessário para informar a população. Estes ACSs alegavam que a motivação pela qualificação e aquisição de conhecimento era uma busca individual por não lhes oferecerem cursos de atualização.

Este dado remete a um ponto que suscita insatisfação unânime entre os participantes: a falta de formação continuada. Esta questão também é comumente apontada na literatura especializada por estudos implementados nas mais diversas localidades do país. Flores (2007) argumenta que, dentre as formas com que o ACS se percebe, destaca-se a de um trabalhador angustiado, por reconhecerem que poderiam oferecer muito mais do que o fazem pelos usuários se possuíssem conhecimentos específicos para lidarem com os problemas com que se deparam na comunidade.

Outra insatisfação comum aos ACSs é com relação à remuneração. No que se refere à renda familiar informada pelos participantes, a maioria comunicou receber entre dois a cinco salários mínimos. Apenas dois ACS informaram renda superior a cinco salários, dos quais um

exercia outras atividades informais para complementação da renda após o horário de trabalho na unidade, e outra, por contar com o auxílio do marido, que possuía um comércio.

A insatisfação com a remuneração também é referida em outros estudos conduzidos em regiões distintas. Santos et al. (2011) divulgam que apesar da grande importância que o ACS assume dentro da equipe, é discrepante a diferença salarial entre os membros da mesma. A renda média do ACSs de um município do interior de São Paulo, o que não difere para maioria dos municípios do País, é de R\$ 305,60, enquanto o salário dos médicos varia de R\$ 4.000 a R\$ 8.000. Este ponto é considerado um dos principais pontos negativos da profissão, gerando desvalorização destes ACSs.

Com relação ao tempo de profissão, as amostras são bastante heterogêneas, variando de pessoas mais experientes, com vários anos de exercício da profissão, a ACSs cuja atuação é bem recente, não atingindo um ano. Contudo, não houve muita diferença quando se compara o tempo de profissão entre as unidades. Enquanto na UBSF1 a média é de aproximadamente três anos, na UBSF2, a média é de quatro anos.

Os ACSs com mais tempo de profissão migraram da UBS onde atuavam no PACS, para a UBSF, que segue as premissas do PSF. Eles comparam sua atuação da seguinte forma: *“No PSF é outra coisa, é muito melhor por causa da abertura que a gente tem”* (ACS 4b). Além disso, eles afirmam ainda que o envolvimento da equipe com os usuários no PSF é bem maior.

Com o objetivo de comparar as modalidades UBS e PSF de assistência em saúde da atenção básica do município de São Paulo, SP, Elias et al. (2006) conduziram um estudo considerando as dimensões de atenção básica propostas por Starfield, como também, a identificação das convergências e divergências de opinião de usuários, profissionais da saúde e gestores das unidades. As dimensões estudadas foram as seguintes: acessibilidade, porta de entrada, elenco de serviços, vínculo, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional.

Os resultados apontaram que, para todas as dimensões, os índices de atenção básica são mais altos nas UBSFs que nas UBSs tradicionais, com opinião mais favorável dos usuários. As dimensões orientação familiar e orientação comunitária são enfatizadas por profissionais e gestores em saúde, sendo consideradas as mais satisfatórias para as UBSFs.

5.2.2. Entrevistas Individuais

Tendo em vista as questões investigadas nas entrevistas individuais, podem-se destacar, inicialmente, as concepções que os ACSs possuíam de saúde e doença. O Quadro 6 faz um paralelo entre as definições das duas UBSFs.

Em ambas as unidades, os participantes apresentam definições similares, em especial, no que se refere à saúde, cuja maioria expressa uma visão integrada, sendo o resultado da relação de

vários fatores, como físico, psicológico, social e cultural, bem como possuir condições de vida digna, como acesso a emprego, moradia, lazer e assistência.

Estes dados condizem com definições descritas ao longo do tempo, compreendendo o bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças – OMS em 1948; resultante das condições de alimentação, educação, renda, habitação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, além de acesso aos serviços de saúde – divulgada na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Ministério da Saúde, 1986); e, refletindo equilíbrio e harmonia – Segre e Ferraz em 1997.

Quadro 6 - Concepções dos ACSs sobre saúde e doença.

UBSF1	
Concepções de Saúde	Concepções de Doença
Seria a melhor coisa da vida, você tendo saúde, você tem tudo (ACS1a).	Seja da mais forte até a mais fraca, é tudo igual, sempre é sofrimento (ACS1a).
Qualidade de vida emocional, psicológica, física. [...]. Um equilíbrio (ACS2a).	Alguma parte do corpo que não ta normal. Uma coisa desequilibrada, não ta estável (ACS2a).
Bem-estar físico, mental e social. É um conjunto. É a pessoa ta bem consigo mesma. [...] (ACS3a).	Febre por exemplo é uma doença, uma bronquite também, mas tem cura, agora tem doenças que não tem cura, como a diabetes e hipertensão, que no começo a pessoa fica apavorada que é uma doença incurável, mas a gente pode conviver e hoje em dia é difícil a pessoa que não tem uma doença (ACS3a).
É você viver bem, se alimentar bem, ter uma vida saudável (ACS4a).	É a falta de saúde (ACS4a).
UBSF2	
É você tá perfeitamente saudável. Não ter nenhum tipo de doença, que é muito raro. [...] (ACS1b).	Igual o Zezinho, ele pra mim é uma pessoa doente. Porque ele é alcoólatra, é uma pessoa que não procura nenhum recurso pra sair daquela vida. Aquilo ali pra mim é uma doença (ACS1b).
Eu acho que saúde é assim, um bem-estar psicológico. Eu acho que é o primordial, psicológico e físico e até social e cultural (ACS2b).	Doença? Acho que é a pessoa não estar bem. Seja uma enfermidade psicológica, seja física mesmo, [...] (ACS2b).
Saúde é tudo, desde uma boa alimentação, um bom emprego, uma moradia, uma vida digna. Pra mim, tudo isso engloba saúde, tudo faz parte da saúde, você precisa dormir bem, comer bem, ter atendimento na unidade de saúde e um emprego pra tá se mantendo (ACS3b).	É quando você chega numa casa e vê a pessoa num desânimo, a pessoa sem perspectiva de vida, ela acaba sendo uma porta pra vários fatores. Doença não é só o que você sente, tem o seu emocional, é o todo (ACS3b).
É você ter uma residência, um lugar saudável, ambiente saudável, você ter lazer e ter como sobreviver, emprego, salário digno e assistência da saúde (ACS4b).	Tem certos tipos de doença né. Doença do corpo e o mental (ACS4b).

Os trechos reproduzidos acima fazem alusão à saúde ampliada apontada pela literatura, remetendo-se aos determinantes sociais que influenciam a saúde das pessoas. Parafraseando Buss e Pellegrini Filho (2007), determinantes sociais de saúde são entendidos como condições de vida e trabalho de pessoas e grupos que se relacionam intimamente com sua situação de saúde. São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que refletem e podem determinar a ocorrência ou manutenção de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

As concepções de doença já se apresentam de modo mais heterogêneo, sinalizando desequilíbrio, sofrimento e falta de perspectiva. Alguns ACSs sinalizam a questão da concretude relacionada à doença, evidenciando os sintomas ou quadros clínicos como febre, doenças crônicas ou agudas. A literatura aponta que é menos complexo definir doença do que saúde, pois no que concerne a saúde, pelo que se sabe, não há nenhum exame que exprima o grau de bem-estar ou de saúde das pessoas, já considerando as doenças, os diagnósticos se apoiam em parâmetros numéricos, com evidências clínicas e laboratoriais (Scliar, 2002; Segre & Ferraz, 1997).

Este modo de perceber a doença também converge com o que afirmam Adam e Herzlich (2001). Segundo os autores, para as classes sociais com menor poder aquisitivo, a doença localiza-se no corpo e é descrita através da utilização de categorias concretas e sensações corporais. Alves (1993) também destaca que as pessoas se consideram doentes quando percebem sensações físicas ou psíquicas de mal-estar. As informações provenientes do corpo, como a percepção dos sintomas, são organizadas em sistemas dotados de sentido.

No entanto, a doença ultrapassa os limites das sensações corporais, compreendendo as impressões sensíveis do corpo e o sentido dado a elas. Assim, entender a doença atrelada apenas a sensações corporais pode acarretar em prejuízos às estratégias de prevenção e promoção, além de influenciar negativamente no tratamento, em especial, quando orientado a doenças assintomáticas (Alves, 1993).

Algumas questões sobre promoção da saúde e prevenção de doenças também foram contempladas nas entrevistas. Uma delas, em específico, procurou investigar se os participantes acreditavam que havia diferença entre promoção e prevenção. De modo geral, os ACSs expressaram dificuldades em se posicionar quanto a esta distinção.

Se existe é mínima, acho que elas andam juntas. Promoção é alertar, é prevenir. Mas acho que eu não sei o que é promoção da saúde, nunca peguei pra ler sobre promoção (ACS2a).

Acho que não tem diferença, é a mesma coisa (ACS3a).

Não. Promover você vai levar informação pra uma pessoa e a prevenção é também. Uma coisa ligada à outra. Uma coisa você vai prevenir, outra coisa você vai informar a pessoa pra não ter (ACS1b).

Tem. Prevenção é você chegar na casa e orientar a pessoa, orientar a mãe sobre o bebê pra que a criança não fique doente, desde o início, você levar a pessoa pro posto de saúde antes dela desenvolver o problema, [...]. A promoção é o que nós fazemos, a pessoa que já tem problema de saúde tá se cuidando (ACS3b).

Mesmo quando os participantes afirmam, em um primeiro momento, existir diferença entre os termos, ao tentar exemplificar, acabam sendo prolixos, explicando a mesma coisa. A literatura especializada pondera que a delimitação entre promoção da saúde e prevenção de doenças não é suficientemente clara. Alguns autores argumentam que existe um impasse na distinção prático-conceitual entre promoção da saúde e prevenção de doenças e que isto se caracteriza como um sério empecilho para a definição dos objetivos das intervenções e projeção de resultados esperados, repercutindo-se em ações dispersas e incoerentes (Calatayud, 2009; Mello, 2000; Sícoli & Nascimento, 2003).

Almeida (2008) aponta que talvez esta dificuldade em identificar, no cotidiano, ações de promoção da saúde, reside no fato de que o ACS não foca sua atuação no que existe de positivo, nas habilidades potenciais dos usuários, mas na perspectiva da doença, da carência, do que falta, ou seja, na mudança de hábitos para não ficar doente. O que distancia os trabalhos da perspectiva da promoção da saúde, que envolve o desenvolvimento da autonomia e consciência do indivíduo e da coletividade, visando à tomada de decisões sobre suas necessidades de saúde.

Dois participantes da UBSF 2 conseguiram, de certa forma, pontuar a diferença entre os termos:

É orientação sobre os cuidados, tanto de higiene, quanto ambiental, modo de viver, lazer, tudo entra na promoção. E prevenção é orientar pra não haver determinada doença (ACS4b).

Eu acho....sinceramente, que prevenção de doenças é esse trabalho que a gente faz. Agora promover a saúde é mais do que isso. É promover, estimular a pessoa a ter hábitos saudáveis, é comer frutas, fazer caminhadas, eu acho que isso é promoção da saúde, a pessoa não precisa tá doente pra você promover a saúde é uma continuidade da saúde dela, que a gente faz muito pouco (ACS2b).

O primeiro relato é bem pontual e ressalta que a promoção está orientada pela qualidade de vida da pessoa, enquanto a prevenção relaciona-se a doenças específicas.

O relato seguinte sinalizou que o trabalho do ACS se resume em prevenir doenças. As condições de trabalho a que são expostos e os tipos de atividades que precisam realizar acabam maximizando as ações de prevenção em detrimento das ações de promoção. Neste relato, a ACS também consegue clarificar a diferença entre os termos, além de reconhecer que em sua rotina de trabalho explora pouco ou quase nada as ações de promoção. Justifica-se afirmando que, na realidade, o que interessa para a Unidade e o Sistema de Saúde são os números, que representam a doença, ou seja, interessa os que estão doentes e não os que estão saudáveis.

Alguns teóricos expõem que a concepção de promoção da saúde perpassa por duas dimensões. Enquanto a primeira restringe a noção a atividades de mudança comportamental relacionadas ao estilo de vida das pessoas, na segunda dimensão, a concepção ultrapassa os limites do desenvolvimento de habilidades individuais e comunitárias, agregando a ação conjunta entre as esferas política, legislativa, fiscal e administrativa, refletindo a intersetorialidade e integralidade, visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas e comunidades (Buss, 2000; Freitas 2003).

Os primeiros relatos sinalizam, de certa forma, uma aproximação com a segunda dimensão ao se reportar a questões ambientais para além das de higiene pessoal.

Por outro lado, os participantes expressaram maior clareza ao exprimirem a definição de prevenção, talvez por ser a esfera mais explorada e estar mais próxima de sua atuação. As concepções convergem com a noção de que prevenção de doenças baseia-se na compreensão dos riscos ou da probabilidade da pessoa se tornar doente. Pautada no modelo baseado na história natural das doenças e de enfoque epidemiológico, em que se procura antecipar e controlar a transmissão de doenças infecciosas e reduzir riscos para doenças crônicas (Marcondes, 2004; Souza & Grundy, 2004; Suchocka & Kovess-Masféty, 2006).

Quando os ACSs foram indagados sobre a existência de possíveis fatores que podem favorecer e/ou dificultar o trabalho em promoção da saúde, comentaram sobre os seguintes fatores (ver Quadro 7):

Quadro 7 - Fatores que favorecem e que dificultam o trabalho em promoção da saúde

Fatores que favorecem	Fatores que dificultam
Mutirões em saúde propostos pela unidade	Falta de assistência da equipe
Composição das equipes, com disponibilidade de médico e enfermeiros sempre que os usuários precisam	Falta de comprometimento dos profissionais da equipe
Disposição, interesse e vontade do ACS	Falta de capacitação e formação continuada
Postura e visão positiva que alguns moradores apresentam ao receber o ACS, dando abertura para o profissional desenvolver seu trabalho	Insatisfação dos usuários com o atendimento na unidade, que dificulta a adesão das estratégias propostas pelos ACSs
Respaldo e apoio da equipe para a efetivação de possíveis estratégias	Desmotivação profissional proveniente da questão salarial
Realização de uma boa acolhida aos usuários que participam das atividades em grupo, com a utilização de recursos audiovisuais para chamar a atenção dos participantes (fazer coisas diferentes, inovar)	Desinteresse da população para atividades de promoção e prevenção
	Visão imediatista dos usuários em buscar atendimento apenas quando estão doentes
	Falta de vontade dos profissionais (enfermeiros e médicos)

Embora dois participantes não tenham conseguido identificar nada que pudesse facilitar o trabalho, alguns ACSs evidenciaram características que estavam relacionadas à UBSF, aos usuários e ao próprio ACS. Por outro lado, todos os ACSs comentaram sobre os fatores que possivelmente poderiam impedir o bom desenvolvimento do trabalho em promoção da saúde.

Fazendo um paralelo entre ambos os fatores, características relacionadas com a equipe foram as mais comentadas, traduzindo a própria relação que os ACSs estabelecem com os integrantes das equipes, em especial, com a enfermeira responsável por supervisionar o trabalho destes profissionais. Muito embora a maioria dos participantes não se mostrasse satisfeita com a atuação e assistência que lhes era oferecida, algumas ACSs relataram que conseguem desenvolver seus trabalhos com segurança pelo apoio que recebem de sua equipe.

A relação dos profissionais no PSF é enfatizada em muitos trabalhos como primordial para o desenvolvimento satisfatório das atividades (Fortes & Spinetti, 2004a; Langdon et al., 2006; Leite & Veloso, 2008; Levy et al., 2004).

A literatura aponta que quando se estabelece uma relação verticalizada é premente a disputa pelo poder e o não envolvimento com as ações realizadas pelos demais profissionais que compõem a equipe, refletindo as dificuldades elencadas pelos ACSs no presente estudo, cuja ênfase repousa no cumprimento das metas e na fragmentação do conhecimento. Em contrapartida, quando é possível o estabelecimento de uma relação horizontalizada entre os profissionais, processa-se o compartilhamento do poder entre os integrantes da equipe, sem espaço para a hegemonia e centralização do poder em um profissional em detrimento dos outros componentes (Leite & Veloso, 2008).

Para investigar a comunicação que os ACSs estabeleciam com os usuários e a comunidade, sob a perspectiva do próprio profissional, eles foram convidados a descrever como se processava esta comunicação ao desenvolverem atividades de promoção da saúde. De modo geral, as respostas presumem a utilização de uma linguagem mais acessível à comunidade, a fim de estabelecer uma relação que seja condizente com a atitude dos moradores, como é possível observar nos seguintes trechos reproduzidos:

É boa, a gente fala na linguagem do povo mesmo, que eles possam entender. Às vezes eu falo: – Tem alguém hipertenso. E eles falam: – O que é hipertenso? Aí eu falo: – É pressão alta. Aí eles entendem (ACS4a).

Eu procuro ser, eu sô muito brincalhona. Tento falar de um jeito que eles entendem, mas quando eu falo sério eu falo sério. Quando eles perguntam alguma coisa que eu não sei direitinho, eu trago panfleto (ACS4b).

Primeiramente, eu procuro tratar as pessoas conforme elas me tratam, conforme as brechas que elas me dão pra eu poder entrar né. Então tem pessoas que são mais sisudas, tem pessoas que são mais fechadas e tem pessoas que são mais abertas. Então assim, é nesse meio que eu tento entrar (ACS1b).

Geralmente, eu procuro ter uma conversa mais descontraída e um linguajar mais simples e assim, muitas vezes, quando eu vejo que eu to batendo numa mesma tecla e não tá dando certo, eu sô bem ética. Eu dô exemplos, eu não cito nomes, mas eu dô exemplos: olha tem um morador da área, aconteceu isso, então cuidado, pode acontecer com você. [...]

geralmente, quando acho larva na casa, daí eu falo, olha tem uma família ali com seis com dengue, um não pode cuidar do outro, já pensou se acontece aqui, você tem um bebê. Quando você cita o exemplo parece que dá um impacto, só não costumo dizer nomes. E também quando é pra elogiar eu elogio, porque eu acho que os moradores são muito carentes de elogio (ACS2b).

Os relatos retratam fatores importantes que os ACSs procuram observar para minimizar problemas comunicacionais, dentre eles a qualidade das informações transmitidas, atenção às atitudes evidenciadas e aos sinais não verbais emitidos. Teixeira (2004) argumenta que existem problemas que podem incidir nestes três fatores atuando para dificultar o processo comunicacional, tais como: insuficiência e imprecisão da transmissão de informação, de caráter técnico e tempo escasso; atitudes negativas e desfavoráveis, tanto dos profissionais que pouco encorajam a participação dos usuários, quanto dos próprios usuários, que, por vezes, assumem uma postura passiva de dependência; e, distanciamento afetivo que dificulta ao profissional identificar sinais não-verbais que possam impedir o entendimento satisfatório da informação.

O uso adequado da linguagem é enfatizado por Maldonado e Canella (2003) como um dos fatores que facilitam a comunicação estabelecida entre profissional da saúde e usuário. Estes autores complementam enfatizando a importância do profissional de saúde evitar a utilização de jargões e termos técnicos, procurando dispor de uma linguagem simples e acessível à demanda atendida.

Remetendo-se ao último trecho, é possível identificar algumas características importantes quando a intenção é alertar para a mudança de atitude ou para o aumento da emissão de comportamentos específicos frente à determinada questão. A comparação de situações, no sentido de confrontar e impactar a pessoa sobre as possíveis consequências da manutenção de um comportamento indesejado, é totalmente válida quando o assunto é o incremento da saúde e da qualidade de vida da pessoa. Por outro lado, reforçar positivamente certos comportamentos favorece que os mesmos sejam mantidos, como por exemplo, o ato de elogiar, apontado pela ACS.

Dentre as teorias e modelos aplicados atualmente no âmbito da promoção da saúde, existem as que presumem a mudança de comportamento na esfera individual e as que prevêm mudanças na esfera relacional. É evidente que, mesmo desconhecendo as premissas e o impacto da utilização destas teorias, os ACSs utilizam recursos de teorias cujo foco é o indivíduo, uma vez que elas acreditam que a mudança de comportamento ocorre, basicamente, pela alteração da percepção de risco dos usuários. Ou seja, a percepção da probabilidade de contrair determinada doença, sua gravidade e as consequências de adoecer influenciam diretamente a adoção de comportamentos associados a um determinado estilo de vida (Rosenstock, 1974; Kalichman & Hospers, 1997; Dela Coleta, 1999; Dias et al., 2004; Travassos & Martins, 2004).

Outro relato que condiz com as características apontadas é o seguinte:

Acho que é boa minha comunicação com eles. Hoje a gente tem que oferecer e insistir muito os serviços, pra fazer um tratamento, um acompanhamento, porque a prevenção muita gente não quer, quer só quando tá doente mesmo. Aí eu procuro convencer eles que é melhor vim fazer o acompanhamento do que ter que ir parar nas emergências. Eu falo pras mães que tem que levar as crianças pra tomar as vacinas e levar todos os meses na consulta, porque quando ela for em algum médico e ele pedir o cartão ele vai ver que a mãe é cuidadosa, que o cartão tá todo preenchido, vai até dar outro tratamento pra criança e dar mais atenção pra essa mãe. Então eu acho que a comunicação tá boa, que não tem muita coisa em atraso, preventivo e vacinas. (ACS2b)

Este trecho comenta sobre a necessidade de oferecer orientações e informações várias vezes, em especial, quando o assunto é a prevenção primária. Questão que faz alusão ao imediatismo do ser humano, refletindo na dificuldade relatada pelos ACSs em conseguir que a população faça adesão às estratégias propostas de promoção e prevenção.

Outra característica apontada pelos participantes é a qualidade da relação estabelecida com os usuários, destacando a importância de saber ouvir e agir de modo empático. No trecho seguinte, a ACS expõe que, para expressar estas características, o profissional deve dedicar um tempo maior às visitas domiciliares.

Tem o bom senso, a paciência. [...]. Muitas vezes, na visita, as pessoas querem atenção, contar os problemas. Se você quiser fazer uma visita relâmpago, você não consegue. (ACS3b)

Quando o usuário não é alfabetizado, há uma preocupação constante a todos os ACSs em relação à administração correta dos medicamentos, pois na maioria dos casos, os idosos que vivem com diabetes e/ou hipertensão, fazem uso de vários medicamentos, que precisam ser administrados em horários distintos.

Geralmente, a gente separa todo o medicamento e coloca numa caixinha. No lado de fora, um desenho. Quando é de manhã, uma xicrinha de café, no almoço a gente faz um prato, e no jantar uma lua, aí você coloca não em número, mais em risquinhos quantos comprimidos a pessoa tem que tomar em cada horário. (ACS1a)

Desenho sol e lua. Aquela mulher que viajou mesmo, ela não sabe ler, então a gente coloca um adesivinho na cartelinha de comprimido dela. De dia desenho o sol e de noite a lua. (ACS1b)

Eu faço uma caixinha de remédio e divido em três, da manhã, do almoço e do jantar. Também faço os desenhos, do sol, do prato de comida e da lua. Recorto da revista e colo na frente da caixinha. Aí eles tomam certinho. (ACS3a)

De acordo com os trechos reproduzidos, os ACSs procuram utilizar alguns recursos para

auxiliá-los na correta administração do tratamento medicamentoso, como orientar quanto à separação e organização dos medicamentos, bem como, a utilização de símbolos para facilitar a identificação e horário de administrar os medicamentos. Estes dados convergem com os resultados do estudo conduzido por Ferreira et al. (2009) sobre o desenvolvimento de estratégias diferenciadas para facilitar a administração medicamentosa por pessoas não alfabetizadas e com deficiência visual, oportunizando o autocuidado e a autonomia destas pessoas. Estes autores afirmam que tais estratégias inventivas e criativas refletem, de certa forma, uma transição, mesmo que pontual, do modelo tradicional e hegemônico de assistência à saúde para o modelo biopsicossocial, considerando as necessidades, especificidades e singularidades da demanda assistida.

5.2.3. Formulário de Atividades

O formulário de atividades utilizado no presente trabalho é o instrumento desenvolvido por Santos (2005), com base no perfil de competências propostas para a atuação profissional do ACS, referendado por legislação específica (Ministério da Saúde, 2004). Este perfil de competências prevê ações em vários âmbitos. Considerando estas ações, o instrumento é composto por cinco blocos de afirmativas contempladas nos itens relacionados abaixo:

- integração da equipe de saúde com a população local;
- planejamento e avaliação;
- promoção da saúde;
- prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; e
- prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades.

Para cada afirmação, os participantes escolhiam uma alternativa que apontava se realizavam tal atividade e com que frequência, ‘todos os dias’, ‘toda semana’, ‘todo mês’ ou ‘raramente’.

A primeira competência ‘Integração da equipe de saúde com a população local’, é composta por dez afirmativas, cujas ações são relativas ao comportamento da equipe, a integração entre os componentes e com a comunidade, preenchimento de instrumentos de trabalho, bem como orientações oferecidas.

No Gráfico 5 é possível observar em que medida estas competências estão presentes no cotidiano dos ACSs (80 respostas).

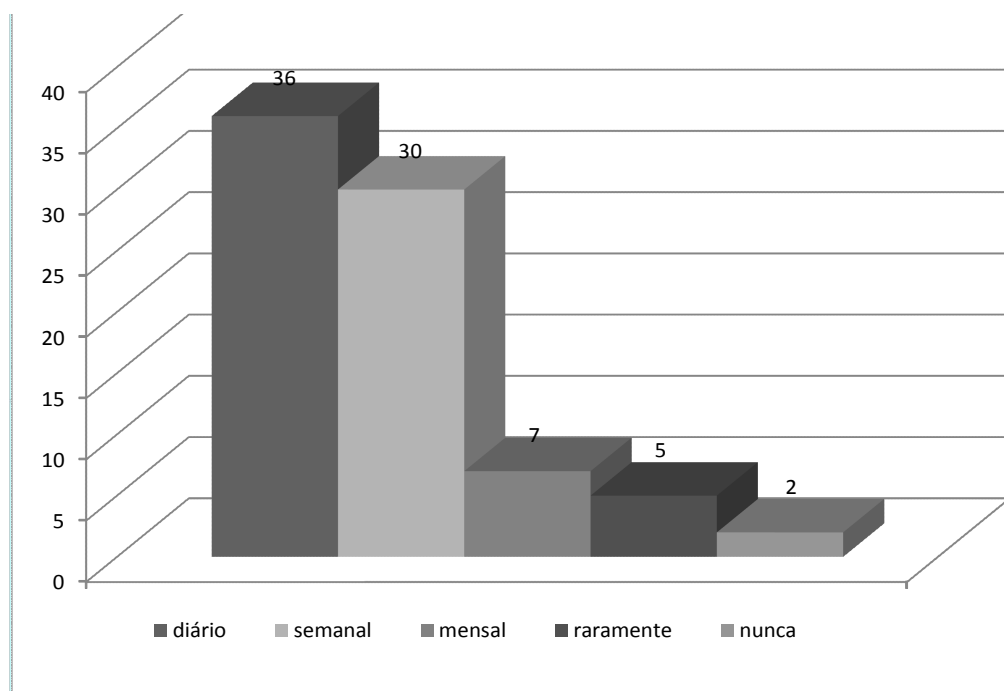


Gráfico 5. Ações realizadas pelos ACSs em relação à Integração da equipe com a população local.

Observa-se no Gráfico 5 que 45% das respostas emitidas pelos profissionais referem desenvolver atividades de integração da equipe com a população local diariamente; 38% semanalmente; 9% mensalmente; 6% raramente e, 2% nunca realizar este tipo de ações.

Estes dados demonstram que a maioria dos ACSs desenvolve ações relacionadas a esta competência instituída pelo Ministério da Saúde. No entanto, uma atividade em especial, em que eles ‘expõem suas opiniões nas reuniões em equipe’, pode atuar como um forte obstáculo para o trabalho, afastando, de certo modo, o ACS do trabalho comunitário, como salienta Santos (2005).

Apesar de todos os ACSs afirmarem que participam de reuniões com a equipe semanalmente, 63% deles relatam que raramente expõem suas opiniões nestas reuniões. Este dado talvez se justifique pelo fato de que estas reuniões, mesmo que sejam frequentes ainda é fortemente marcada pela hierarquia de cargos e funções como clarificam Cardoso e Nascimento (2010). As autoras complementam que nestes momentos há uma centralização na fala do médico e do enfermeiro, com tendência à desvalorização ou mesmo silenciamento das demais falas.

E, mesmo não expondo suas opiniões nas reuniões com frequência, procuram se empenhar, diariamente (50%), semanalmente (37%) ou mensalmente (13%), para executar as ações propostas pela equipe, além de orientarem sobre o funcionamento da unidade (campanhas e atividades) (88%) e ações desenvolvidas nos diversos serviços de saúde (100%).

Quanto a isso, o que se pode deprender juntamente com Santos (2005) é que os ACSs podem apenas estar reproduzindo o que lhes é solicitado, sem refletir criticamente sobre sua atuação. E ainda que este profissional se perceba como o elo entre a comunidade e a unidade e os serviços de saúde, pouco consegue perceber e traduzir todas as necessidades de sua comunidade

por estar imerso à forte hegemonia biologicista dos serviços de saúde ou se sentir subalternizado dentro da equipe.

Esta informação condiz com a constatação evidenciada por estudos desenvolvidos em diferentes localidades, de que, na maioria das vezes, o ACS limita-se a executar atos normativos, com predomínio para a reprodução de regras e orientações técnicas, em detrimento da efetiva educação em saúde (Gomes et al., 2010; Morosini et al., 2007; Silva & Dalmaso, 2002b).

Com relação à competência 'Planejamento e Avaliação', 15 ações são descritas, sendo vinculadas, basicamente, à observação crítica e alerta do ACS sobre o território de sua microárea, riscos sociais, riscos ambientais e dados de cadastramento; o estabelecimento de ações conjuntas envolvendo a comunidade e a equipe; além do uso de ferramentas de avaliação das ações – 104 respostas (ver Gráfico 6).

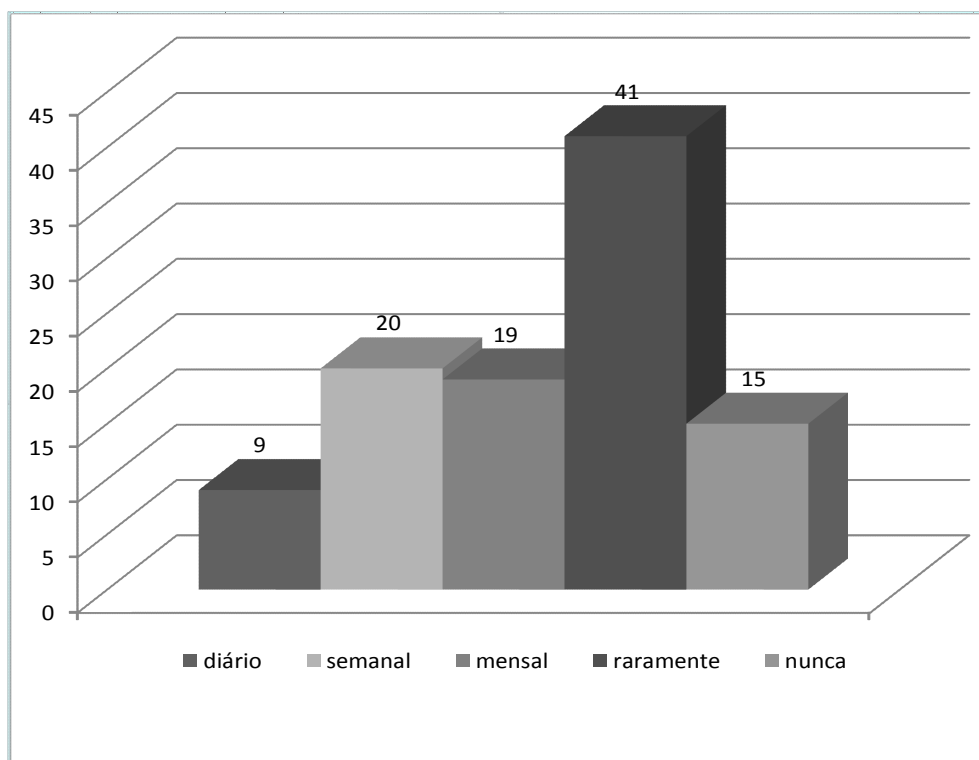


Gráfico 6. Atividades desenvolvidas pelos ACSs relacionadas à competência 'Planejamento e Avaliação'.

O Gráfico 6 demonstra que 9% das respostas reveladas pelos profissionais contemplam diariamente atividades relacionadas à competência 'Planejamento e Avaliação'; 19% semanalmente; 18% mensalmente; 41% raramente e, 14% informam nunca realizarem atividades deste cunho.

Pode-se constatar que diferentemente da competência anterior, planejar e avaliar não é algo muito comum aos ACSs. Considerando as ações específicas do formulário, embora os profissionais

procurem, diariamente, realizar ações com base no levantamento sobre a saúde da população (38%), raramente se mobilizam para elaborar (38%), avaliar (50%) e reprogramar (38%) os planos de ação juntamente com a equipe.

Um dado que merece destaque consiste na informação de que raramente conseguem traçar planos de ação (63%), quando identificam determinados riscos sociais, tais como tráfico de drogas e violência doméstica.

Rotineiramente, os ACSs se deparam com este tipo de problema na comunidade, contudo, alegam que não possuem o devido preparo para lidar com estas situações. Eles afirmam ainda que, muitas vezes, possuem receio em realizar quaisquer tipos de intervenções, por temerem retaliações, resumindo-se a encaminhar relatórios para a equipe que, geralmente, são arquivados. Fonseca et al. (2009) enfatizam sobre a necessidade de investir para que os profissionais se sintam capazes de criar estratégias de identificação e intervenção em conjunto com a Equipe de Saúde da Família.

Outra prática que pouco foi reportada pelos profissionais consiste em estimular a população a participar de conselhos locais de saúde e/ou conferências municipais sobre o tema ou ainda, incentivar a população a participar de atividades de sua própria comunidade. Com esta informação, pode-se inferir que este dado atua em detrimento do estabelecimento do empoderamento comunitário, uma vez que, sem participar e reconhecer as necessidades da comunidade, não é possível vislumbrar as mudanças necessárias para a evolução e fortalecimento das pessoas, grupos e comunidades (Carvalho, 2004; Valoura, 2006)

A competência 'Promoção da Saúde', é composta por 16 ações que se relacionam basicamente com a identificação das condições de vida e problemas de saúde, realização de atividades educativas individual ou coletivamente, orientações preventivas, adequação da informação à realidade encontrada, estímulo à reflexão comunitária e articulação da rede de suporte social para a comunidade.

No Gráfico 7, estão apresentados os resultados referentes às ações de promoção da saúde apontadas pelos oito participantes da amostra às 16 afirmativas (128 respostas).

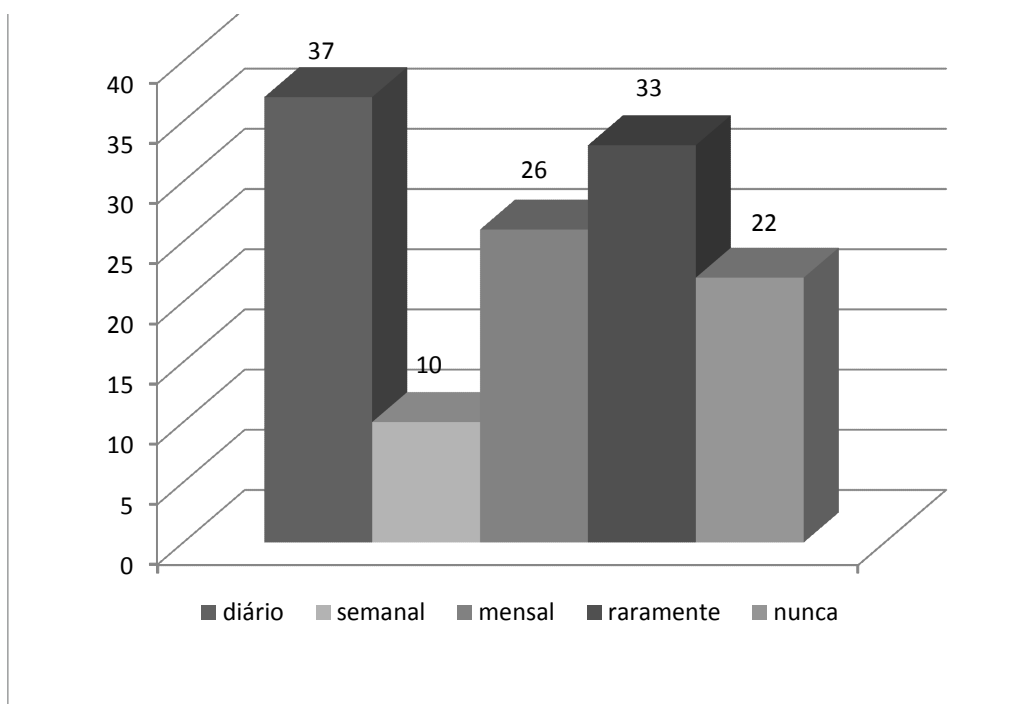


Gráfico 7. Ações realizadas pelos ACSs em relação à Promoção da Saúde.

Observa-se no Gráfico 7 que 29% das respostas dos ACSs condizem com a realização diária das ações de promoção da saúde diariamente, seguido de 8% com frequência semanal, 20% mensal, 26% raramente e 17% que sinalizam nunca realizar determinadas ações.

Diante destes resultados, pode-se constatar que o que é preconizado pelo Ministério da Saúde como competência e habilidade no âmbito da promoção da saúde, de modo geral, desenvolve-se diariamente, no entanto, um número considerável de profissionais informam que raramente desenvolvem estes tipos de ações, sinalizando diferentes condutas entre os integrantes das equipes.

Acredita-se ser importante nesta seção, o percentual de ACSs (88%) que estimulam diariamente os usuários e a comunidade a refletirem sobre suas condições de saúde e doença. Este dado coaduna com o percentual de 75% que procura orientar os usuários sobre o autocuidado e medidas de proteção à saúde, como alimentação, higiene pessoal, limpeza, acondicionamento e destino do lixo, cuidados com a água e dejetos, dentre outras. Ainda é comum a 62% dos ACSs o esforço em identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida.

No entanto, chama atenção o percentual de ACSs (88%) que raramente realizam atividades educativas com iniciativa própria e 50% que afirmam que dificilmente realizam atividades educativas envolvendo outros colegas.

Por fim, existem algumas atividades estabelecidas pelo Ministério da Saúde como habilidades e competências necessárias ao ACS, que não são contempladas pelos participantes deste estudo, como participar de reuniões de conselho local de saúde ou de outros conselhos locais

e propor e executar ações que atuam em parceria com outras secretarias existente no município. Este dado converge com a informação difundida na competência anterior, ou seja, o ACS não estimula a participação da comunidade em conselhos locais porque nem mesmo ele participa dos mesmos. Esta participação e estímulo à participação é exígua talvez pelo fato deste profissional não ser incentivado para isto e ainda por não ter clareza da sua real contribuição para a intersectorialidade do serviço.

A omissão na participação em reuniões de conselho local e a não articulação da rede de suporte social não favorece que o ACS atue na construção de estratégias de promoção da saúde, desempenhando atividades que já estejam delineadas e sedimentadas no campo da saúde, fazendo com que ele apenas reproduza ações previamente estabelecidas.

Este tipo de atitude, segundo Almeida (2008), não contribui para o implemento de ações que visam ao aumento da autonomia individual e coletiva na descoberta de suas reais necessidades. Desta forma, não há como o ACS fomentar a participação da comunidade no âmbito da saúde, se ele mesmo não foi transformado por sua prática.

Ponderando juntamente com Santos (2005), vale ressaltar que as ações que presumem o contato direto do ACS com os usuários, na identificação dos problemas e orientações específicas, são realizadas com maior frequência, refletindo competências realmente agregadas ao perfil deste profissional. Caso o mesmo necessite estabelecer contatos e parcerias com outros serviços locais, encontrará dificuldades para desempenhar tal tarefa, isso porque os serviços tendem a se centralizar no enfermeiro que os supervisiona, inibindo quaisquer atividades espontâneas e autônomas que possam ser travadas entre o ACS, a comunidade e outros serviços locais. Talvez a baixa frequência de respostas à realização de atividades educativas pelos ACSs seja reflexo desta centralização no enfermeiro.

Em linhas gerais, as ações que pouco ou nada são exploradas referem-se ao fortalecimento, tanto individual, quanto coletivo dos usuários e comunidades, refletindo a questão de que é mais fácil reproduzir estratégias já existentes do que construir e implementar ações inovadoras à comunidade local.

Diante do exposto, pode-se analisar igualmente com Santos (2005) que as ações que buscam a interface intersectorial no âmbito da promoção da saúde, não são contempladas pela maioria dos participantes.

No Gráfico 8 estão apresentados os resultados referentes às ações de 'Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário' apontadas pelos oito participantes da amostra às cinco afirmativas (40 respostas).

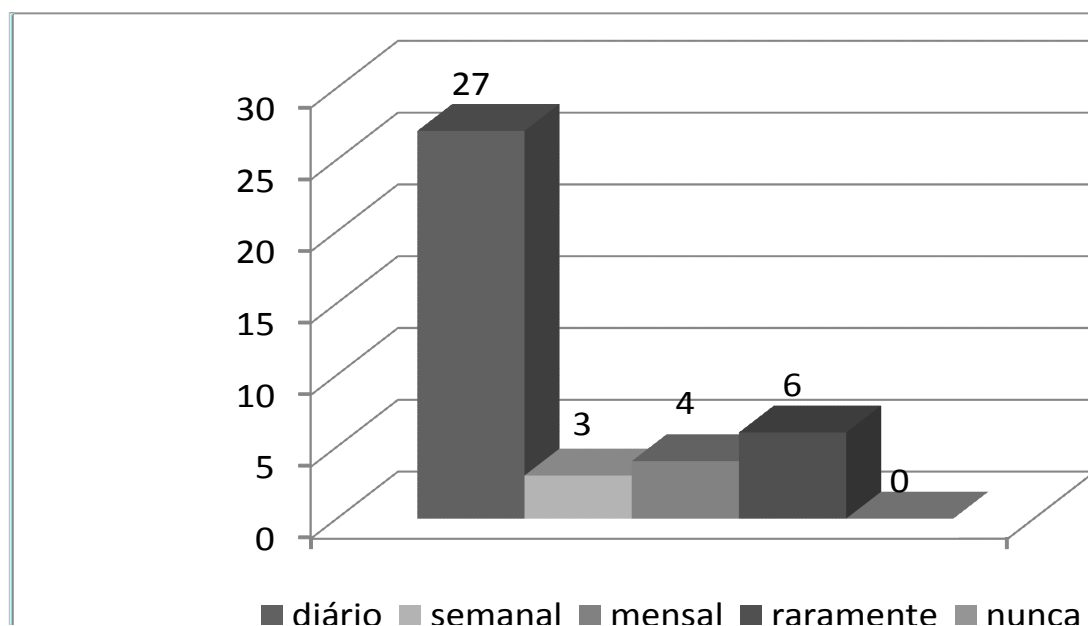


Gráfico 8. Ações de prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário realizadas pelos ACSs.

No Gráfico 8 verifica-se que 67% das respostas dos ACSs condizem com a realização destas atividades diariamente, 8% com frequência semanal, 10% mensalmente e 15% raramente.

É notável que o conjunto de ações orientado à prevenção é mais referido pelos ACSs, destacando-se com maior frequência a realização diária destas atividades. Neste bloco, enfatiza-se a identificação das condições ambientais e sanitárias que provocam riscos para a saúde da comunidade, informando tanto à equipe quanto à própria comunidade sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação.

Supõe-se que a rotina diária do ACS, por meio das visitas domiciliares, favorece que este profissional desenvolva um olhar aguçado para os riscos ambientais e sanitários presentes na microárea de atuação. No entanto, Almeida (2008) clarifica que, se a atenta observação do ACS não for discutida e planejada com a equipe, visando intervenções específicas, pode ocorrer a banalização ou a naturalização das situações de risco.

A competência 'Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbididades' é avaliada por meio de 21 ações, que se relacionam basicamente com a identificação e orientação de grupos que requerem atenção especial e seu encaminhamento para os serviços de saúde.

No Gráfico 9 estão apresentados os resultados referentes às ações relacionadas a esta competência, apontadas pelos oito participantes das amostras às 21 afirmativas (168 respostas).

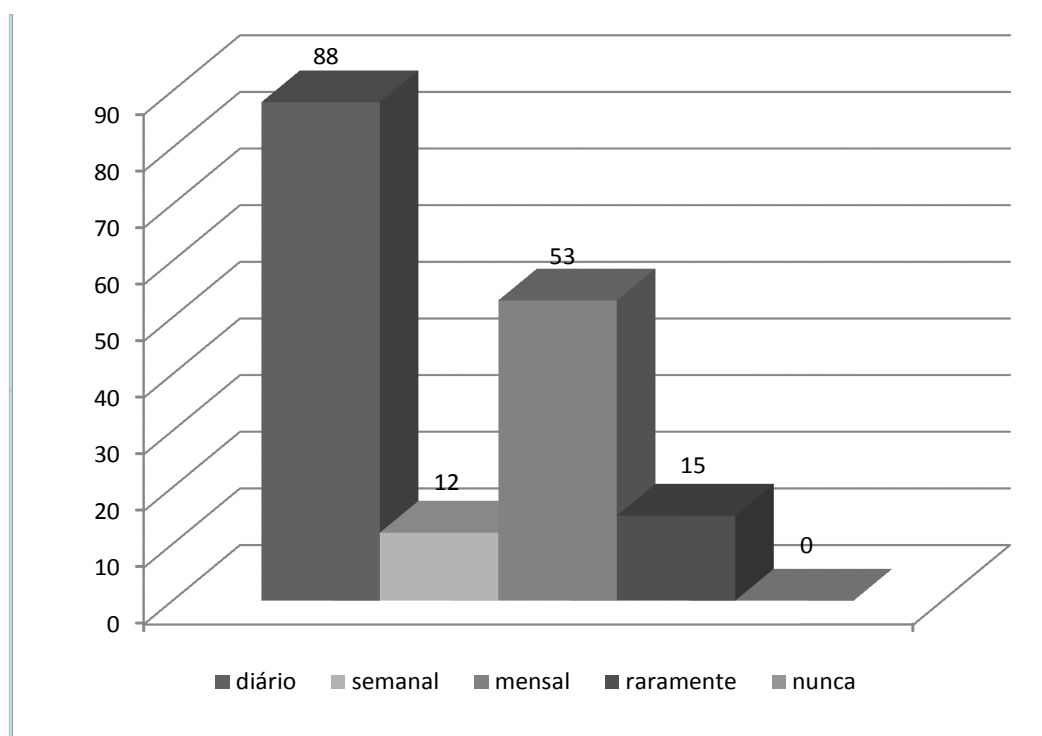


Gráfico 9. Ações de prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbididades informadas pelos ACSs.

No Gráfico 9, nota-se que 52% das respostas referem a realização diária das ações, 7% com frequência semanal, 32% mensalmente e apenas 9% sinalizam que raramente elas são realizadas.

Esta competência descreve atividades voltadas à prevenção e acompanhamento a grupos considerados prioritários ao PSF. Estes grupos são constituídos por gestantes, recém-nascidos, crianças menores de dois anos, usuários que apresentam hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. Estas ações englobam também a prevenção e o acompanhamento de portadores de doenças sexualmente transmissíveis e usuários hospitalizados.

A prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbididades é o conjunto de ações que mais se destaca, pois requerem maior tempo destinado às questões técnicas-administrativas. Nestes casos, o ACS precisa destinar um tempo às atividades burocráticas, igualmente àquelas desempenhadas na comunidade, ou seja, é preciso traduzir as observações e queixas em números, lançando todas as informações em formulários específicos.

Em geral, os ACSs assinalaram realizar todas as atividades, em menor ou maior frequência. Nestes casos, espera-se que o profissional acompanhe estes usuários mensalmente, denotando a preocupação especial destinada a estes grupos, sem discriminação, ou seja, sensibilizam-se igualmente pelas condições da gestante, desenvolvimento infantil, portadores de doenças crônicas e infectocontagiosas. Além disso, precisam estar sempre atentos aos comportamentos de risco relacionados a doenças específicas.

Considerando este conjunto de competências e habilidades, Santos (2005) argumenta que o ACS demonstra facilidade em expressá-las. A maioria, ao identificar algum problema de saúde na comunidade, logo encaminha para a unidade de referência, indicando clareza no desempenho desta competência.

Neste sentido, é possível identificar juntamente com Silva e Dalmaso (2002b) que estes profissionais estão priorizando a dimensão técnica de sua atuação, ou seja, que se relaciona com o atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos. Relegando a segundo plano a dimensão política, elucidada por estas autoras, tanto pela solidariedade à população, quanto pela organização da comunidade e transformação das condições de vida de modo geral.

Para que fosse possível identificar qual conjunto de ações é mais frequente no cotidiano dos ACSs, realizou-se uma análise quantitativa das atividades que compõem cada competência do trabalho, traçando um paralelo entre as atividades de promoção e prevenção. Esta análise baseia-se no somatório das frequências diária, semanal e mensal. Desta forma, é possível observar que as ações de promoção da saúde são relatadas em menor proporção quando comparadas às ações de prevenção de doenças, perfazendo um total de 60% para 88%, respectivamente.

Estes dados coadunam com os estudos de Almeida (2008) e Santos (2005), que também, ao utilizarem o instrumento em questão, evidenciaram uma sobreposição das ações de prevenção às de promoção.

A autora Almeida (2008) chama atenção para o fato de que as atividades de promoção veiculadas no instrumento ainda não estão totalmente integradas ao cotidiano do ACS. O fato de possuírem mais familiaridade com as ações de prevenção orientadas para o monitoramento de doenças e agravos faz com que a autora se remeta a uma atuação estritamente técnica, em detrimento do enfoque essencial do trabalho comunitário, que é a promoção.

Muitas das competências descritas favorecem o empoderamento tanto psicológico quanto comunitário. Com relação às ações que oportunizam o desenvolvimento do empoderamento psicológico, não é possível garantir que apenas a atuação do ACS fomenta nos usuários maior participação nas tomadas de decisão, justamente por este tipo de empoderamento ocorrer a nível pessoal e individual. Assim, a orientação oferecida por um profissional não garante que a pessoa adote uma conduta condizente, pois existem vários fatores que atuam na escolha de determinado comportamento em detrimento de outro, dentre eles, os cognitivos e os emocionais.

Já ao que tange o empoderamento comunitário, a participação do ACS passa a ser mais direta para que os usuários aumentem o controle sobre os determinantes de saúde e fortaleçam a rede social para melhorar as condições de saúde. O Quadro 8 apresenta a relação das ações com o empoderamento.

Quadro 8 - Competências que favorecem o empoderamento

Empoderamento Psicológico	Empoderamento Comunitário
1. Identifica a relação entre problemas de saúde e condições de vida	1. Realiza atividades educativas para a comunidade (palestras, campanhas, mutirões, etc) juntamente com o enfermeiro
2. Identifica exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade	2. Realiza atividades educativas com outros ACSs
3. Identifica as condições sanitárias e ambientais que provoquem riscos para a saúde comunidade	3. Realiza sozinho atividades educativas para a comunidade
4. Propõe e executa ações que utilizem e atuem com as diversas secretarias do município	4. Utiliza recursos de informação e comunicação adequados à realidade local
5. Orienta os usuários quanto ao autocuidado	5. Estimula os usuários e comunidade para refletir sobre as suas condições de saúde e doença
6. Orienta os usuários e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos	6. Orienta à população sobre medidas de proteção à saúde (alimentação, saneamento dentre outras)
7. Orienta a família e/ou portadores de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social	7. Estabelece parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais, etc
8. Informa a equipe de saúde sobre a ocorrência de situações de risco na microárea	8. Apoia ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos
9. Orienta usuários e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde	9. Participa de reuniões de Conselhos Locais de Saúde e outros Conselhos
10. Orienta usuários e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente hospitalar	10. Informa à população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação
11. Executa ações que atuam em parceria com outras secretarias existente no município	

Fonte: Dados da pesquisa (construído pelo pesquisadora com base nas competências profissionais do ACS)

De modo geral, as atividades voltadas para o empoderamento psicológico são mais reportadas pelos ACSs do que as atividades que fomentam o empoderamento comunitário.

Analisando as 11 ações direcionadas ao empoderamento psicológico, destacam-se apenas duas que os participantes raramente ou nunca realizam: 'Propor e executar ações que utilizem e atuem com as diversas secretarias do município' e 'Executar ações que atuam em parceria com outras secretarias existente no município'. Em contrapartida, as ações que são realizadas com maior frequência são: 'Orientar os usuários quanto ao autocuidado', 'Informar a equipe de saúde sobre a ocorrência de situações de risco na microárea' e 'Identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida'.

Ao examinar as dez ações orientadas para o empoderamento comunitário, apenas três são realizadas com certa frequência: 'Estimular os usuários e comunidade a refletirem sobre as suas condições de saúde e doença', 'Orientar à população sobre medidas de proteção à saúde (alimentação, saneamento dentre outras)' e 'Informar à população sobre a ocorrência de situações de risco na microárea de atuação'. As demais raramente ou nunca são realizadas, com destaque para: 'Realizar atividades educativas para a comunidade seja com o enfermeiro, junto com outro

ACS ou sozinho' e 'Participar de reuniões de Conselhos Locais de Saúde e outros Conselhos Locais'.

Dados parecidos foram divulgados por Santos (2005) e Almeida (2008), para ambas as dimensões de empoderamento. Estas autoras argumentam que é imprescindível para a atuação dos ACSs participar dos conselhos locais de saúde, uma vez que isto representa uma das formas de desenvolver o empoderamento da comunidade, permitindo, de forma coletiva, que a população defina as necessidades de saúde locais, bem como, articular a rede socioassistencial, visando obter aliados nas ações de promoção da saúde.

Em linhas gerais, estes resultados retratam que metade das ações que o ACS poderia desenvolver para fortalecer a participação comunitária não é realizada, e eventos que possuem importância coletiva não são priorizados ou sequer contemplados na atuação deste profissional.

A literatura especializada salienta que uma importante estratégia para fomentar o empoderamento tanto nos profissionais quanto, conseqüentemente, nos usuários, reside no oferecimento de capacitações e treinamentos aos ACS, que fortalecem as ações de educação e saúde desenvolvidas na comunidade (Duarte et al, 2007; Lanzoni et al., 2009).

Os autores Lanzoni et al. (2009) desenvolveram oficinas educativas sobre a 'Carta de Direitos dos Usuários do SUS' direcionada a ACSs e acadêmicos de enfermagem de Florianópolis, SC. Esta intervenção oportunizou ampliar as perspectivas dos participantes sobre a assistência à saúde e refletir sobre a participação popular no SUS. Além de reconhecer que é possível instrumentalizar os recursos humanos em saúde sem exigir do Estado grande demanda da estrutura socioeconômica.

Estes autores complementam afirmando que para obter sucesso em promoção da saúde é imprescindível uma atuação adequada dos profissionais de saúde, vinculada aos programas de educação que tenham como meta a formação de indivíduos comprometidos com o cuidado da sua própria saúde e a dos cidadãos de sua comunidade.

Na capacitação implementada por Duarte et al. (2007), denominada 'Programa de Educação', identificou-se inicialmente um discurso impotente e desanimador dos ACSs, em relação aos problemas sociais com os quais se deparam na comunidade. No sentido de que lhes falta recurso para atuar, não possuindo respaldo estrutural do sistema e serviços de saúde. Todavia, na medida em que transcorriam os encontros houve uma mudança na perspectiva desses profissionais, ou seja, deixou-se de delegar ao 'outro' (Estado, sistema, serviços) o insucesso de suas práticas e, paulatinamente, identificou-se que este panorama poderia ser modificado com a reorientação do esforço e investimento em outros enfoques e estratégias. Como o estabelecimento de parcerias, realização de reuniões comunitárias, identificação de lideranças e recursos na comunidade que pudessem ser otimizados, enfim, adotar metodologias participativas e dinâmicas para favorecer o engajamento da comunidade.

Cabe salientar que, embora conceitualmente as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças apresentem especificidades, com distinções pontuais quanto às estratégias de intervenção, na prática cotidiana, tais ações ocorrem de forma simultânea ou complementar (Calatayud, 2009; Staliano & Araujo, 2011; Traverso-Yépez, 2007). E, justamente esta indefinição na dimensão metodológica apontada pela literatura, (Buss, 2003; Mello, 2000; Sícoli & Nascimento, 2003), que abarca as práticas, estratégias, planos de ação, modos de intervenção e instrumentos, se configura como um empecilho para avaliar o impacto das ações orientadas para o empoderamento.

5.2.4. Registro do Comportamento Profissional Anterior às Intervenções

Para a observação do comportamento, aplicou-se o protocolo com o registro cursivo das emissões comportamentais. Todos os ACSs foram acompanhados ao longo de uma manhã de visitas domiciliares. Registrou-se em protocolo a atuação de cada participante em quatro visitas distintas. Assim, os dados apresentados a seguir são referentes à aplicação de 16 protocolos para cada UBSF, ou seja, quatro aplicações para cada um dos quatro ACSs que compuseram as duas unidades, perfazendo um total de 32 aplicações.

Da mesma forma como foi apresentado no Estudo 1, os resultados que seguem foram divididos em dois subsistemas: finalidade dos recursos comunicacionais e recursos comunicacionais.

5.2.4.1. Finalidade dos Recursos Comunicacionais

Neste subsistema foram agrupadas três categorias: 1) Incentivo à participação; 2) incentivo à interação e, 3) Comunicar informações.

5.2.4.1.1. Incentivo à Participação (IP): comportamentos, relacionados basicamente ao estado de saúde dos usuários: 1) Pede cartão de vacina das crianças (PCV); 2) Pede cartão de consulta dos portadores de hipertensão e diabetes (PCC); 3) Pergunta sobre estado de saúde do usuário ou de outros familiares (PSU/PSOF); 4) Pergunta sobre a utilização dos remédios (PUR); 5) Pergunta sobre a alimentação (PA); 6) Pergunta sobre a prática de atividade física (PPAF); 7) Pergunta sobre medidas básicas de higiene (PMBH); 8) Pergunta sobre o consumo de bebidas alcoólicas (PCBA).

Comparando a atuação dos ACSs entre as duas UBSFs estudadas, nota-se maior emissão de comportamentos que sugerem incentivo à participação, entre os profissionais da UBSF1. No Gráfico 10 apresenta-se uma comparação das emissões comportamentais em relação a esta categoria.

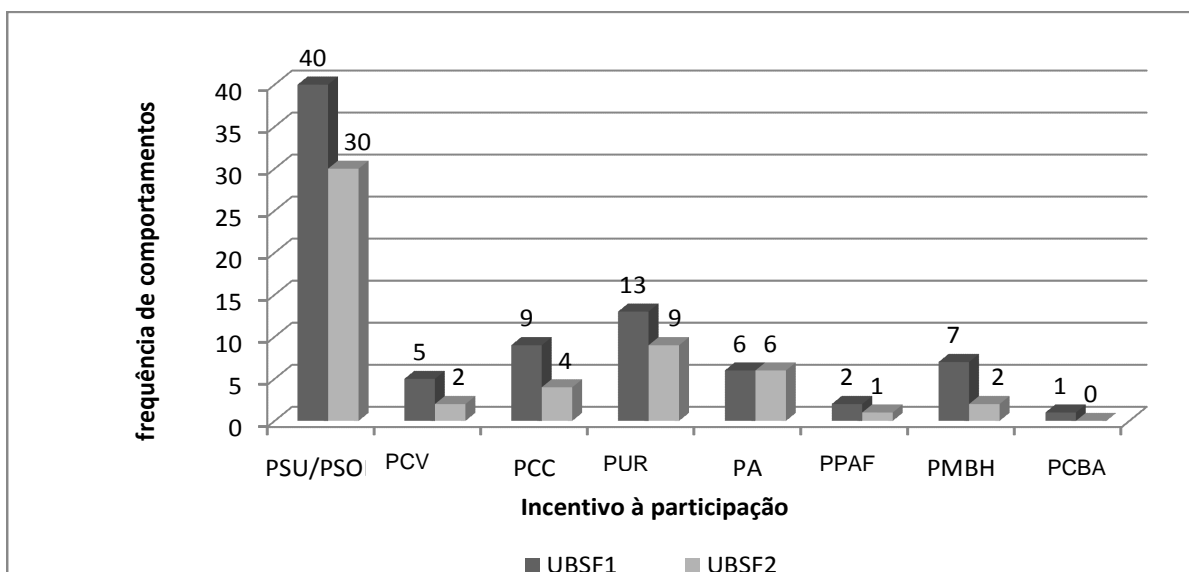


Gráfico 10. Comparação das frequências comportamentais de incentivo à participação entre as UBSFs.

Dos oito comportamentos agrupados nesta categoria, sem dúvida, o mais observado foi ‘perguntar sobre a saúde do usuário ou de outros familiares (PSU/PSOF)’. Justifica-se este resultado pelo fato de ser um comportamento comum a todos os ACSs. Os quais, geralmente, iniciam a visita domiciliar invocando sobre o estado de saúde dos moradores.

A literatura aponta que investigar sobre o estado de saúde consiste no comportamento mais presente quando o profissional pretende incentivar a participação dos usuários. Pinto (2010) ao comparar a comunicação do médico pediatra, paciente e acompanhante nos níveis assistenciais identificou que este tipo de comportamento é mais comum entre os profissionais do centro de saúde em detrimento dos profissionais do hospital.

O que denota a importância do profissional conhecer a compreensão que o usuário possui sobre as doenças que o acomete indicando ao profissional qual o manejo mais adequado em cada caso, ou seja, que tipo de explicação fornecer bem como, a forma com que estas informações devem ser repassadas (Caprara & Rodrigues, 2004; Pinto, 2010).

Em seguida, as emissões comportamentais presumem uma preocupação constante aos ACSs, a correta administração medicamentosa e o controle da assiduidade do usuário às consultas, com os comportamentos de ‘perguntar sobre a utilização de remédios (PUR)’ e ‘pedir o cartão de consulta (PCC)’.

A sequência destes três primeiros comportamentos compõe o roteiro inicial que o ACS adota ao realizar visitas domiciliares, sendo que o modo como o profissional irá conduzir posteriormente sua atuação está diretamente relacionado com o modo com que os usuários reagem a esta interação inicial.

Comportamentos como ‘perguntar sobre medidas básicas de higiene (PMBH)’ e ‘perguntar sobre alimentação (PA)’, são oriundos de uma maior ou menor abertura do usuário, ou seja, se os moradores adotavam uma postura de troca, favorecendo que o ACS investigasse questões sobre sua condição de saúde e dos demais moradores da residência, o mesmo conseguia explorar aspectos que considerava importante para o momento, como relacionados à higiene ou alimentação.

Este dado reflete a questão da reciprocidade apontada por Inojosa (2008), presente e atuante no processo comunicacional, pautada na confiança que o usuário deposita no profissional. Assim, o ACS certamente consegue investigar e socializar informações orientadas à promoção da saúde quando assume uma postura que gere confiança ao usuário. Isso irá garantir que o profissional atue com mais liberdade ao longo da visita domiciliar, para além de um roteiro, cujos comportamentos são automáticos e mecânicos, e realmente se envolva com as necessidades específicas de cada usuário, de cada família.

5.2.4.1.2. Incentivo à Interação (II): comportamentos associados à socialização, relacionamento do profissional com os membros da comunidade e reflexão sobre o estado e histórico de saúde dos usuários. 1) Saudações e despedidas (S/D); 2) Socialização com usuário ou familiares (Soc.); 3) Resgata histórico de saúde dos usuários (RHS).

Novamente a atuação dos ACSs das UBSFs 1 e 2 foram comparadas, cujos dados são revelados no Gráfico 11.

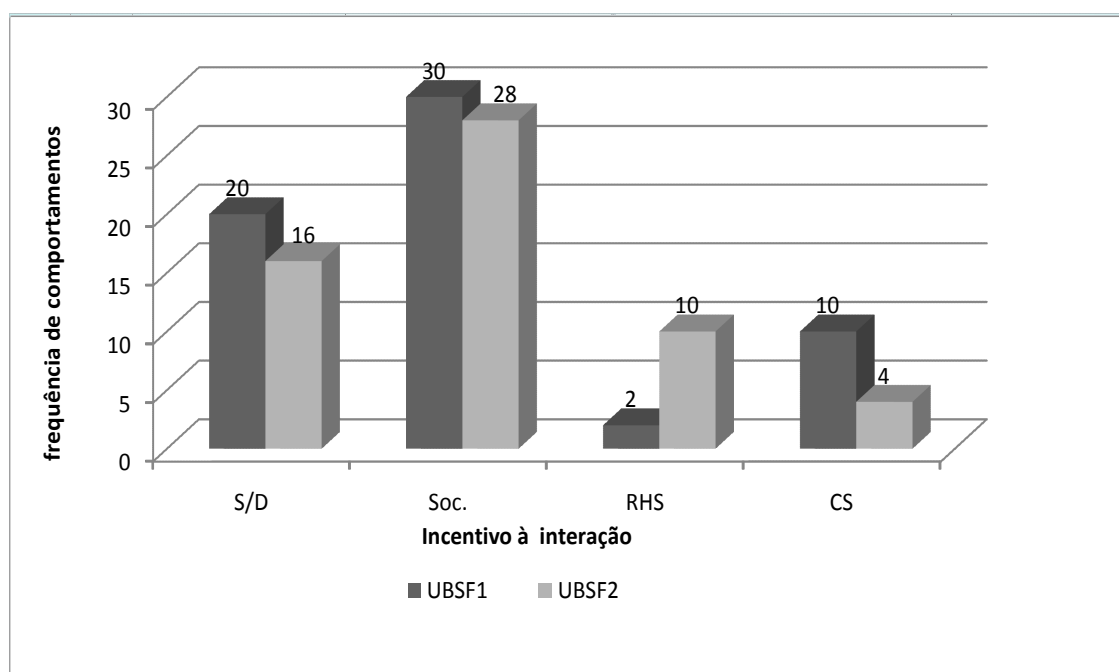


Gráfico 11. Comparação das frequências comportamentais de incentivo à interação entre as UBSFs.

A exemplo da categoria anterior, as emissões comportamentais de incentivo à interação se sobrepuseram entre os ACSs da UBSF1. Com exceção apenas do comportamento de ‘resgatar o histórico de saúde (RHS)’ do usuário.

O comportamento mais evidenciado foi Soc., que reflete justamente o grau de interação que os ACSs possuem com os moradores, comentando sobre situações anteriores, referindo-se a outros moradores ou mesmo abordando questões triviais do cotidiano.

A literatura especializada sugere que estes comportamentos são importantes, por refletirem momentos que influenciam na criação de vínculos entre o profissional de saúde e o usuário, como a recepção, o acolhimento e a socialização, facilitando a troca de informações e o estabelecimento de confiança que ajudará na adesão às estratégias propostas pelo profissional (Cosnier, 1994; Sucupira, 2007b).

O momento da despedida também é reportado como essencial para a manutenção deste vínculo, para que o usuário possa se sentir seguro (Sucupira, 2007a; 2007b). De modo geral, os ACSs ao se despedirem do usuário, se colocam à disposição para qualquer eventualidade, certificando-se que as informações repassadas foram devidamente absorvidas pelo morador, oportunizando um espaço para que o mesmo esclareça possíveis dúvidas.

5.2.4.1.3. Comunicar Informações (CI): comportamentos que se referem a orientações voltadas à promoção da saúde, como por exemplo, a alimentação saudável e a prática de atividades físicas. 1) Informa ou explica sobre determinado assunto indagado pelo usuário (I/E); 2) Orienta sobre campanhas de saúde realizadas pela UBS (OCS); 3) Orienta sobre a alimentação (OA); 4) Orienta sobre a prática de atividade física (OPAF); 5) Orienta sobre medidas básicas de higiene (OMBH); 6) Orienta sobre o consumo de bebidas alcoólicas (OCBA); 7) Orienta sobre doenças específicas (ODE).

Considerando a categoria comunica informações, o resultado da comparação da atuação dos ACSs entre as UBSFs apresentou-se de modo mais heterogêneo em relação às categorias anteriores (ver Gráfico 12).

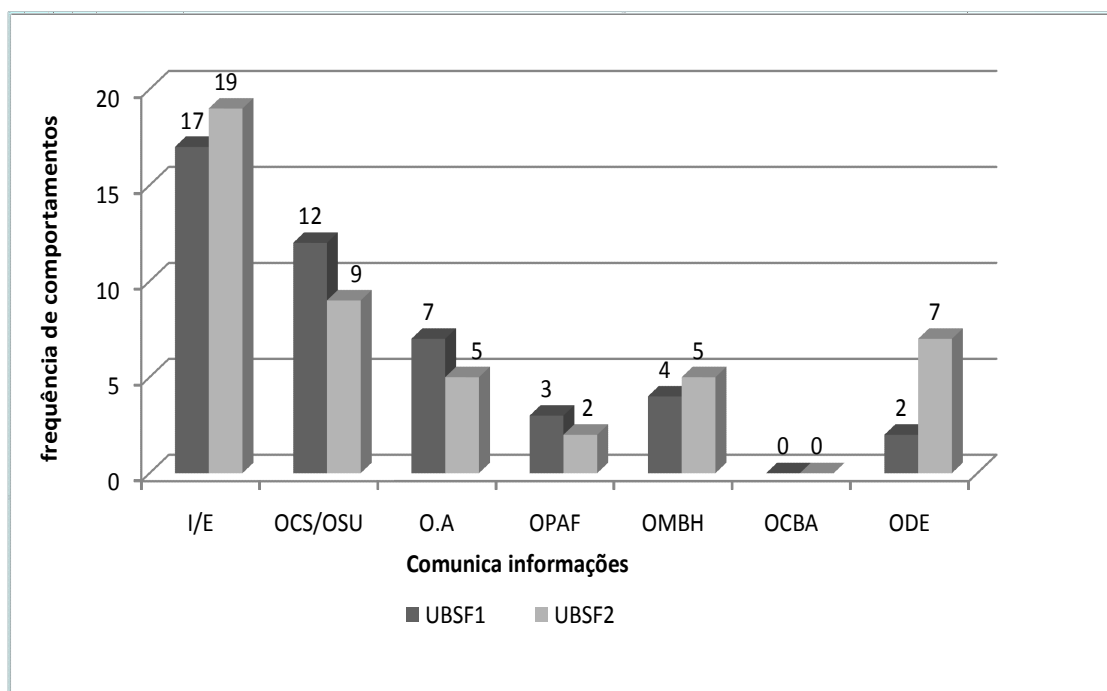


Gráfico 12. Comparação das frequências comportamentais da categoria “comunicar informações” entre as UBSFs.

O comportamento que mais sobressaiu nesta categoria presume o ato de ‘informar ou explicar (I/E)’ sobre quaisquer assuntos indagados pelo usuário. Comumente os ACSs são questionados sobre assuntos diversos, variando desde o esclarecimento de dúvidas em relação a doenças específicas que não foram devidamente sanadas no momento da consulta médica, até informações sobre oportunidade de emprego e casas para alugar em sua microárea de atuação.

Na sequência, os comportamentos mais evidenciados referem-se à ‘orientação sobre campanhas e serviços de saúde (OCS/OSU)’ oferecidos na UBSF, ‘orientações sobre alimentação (OA)’, ‘medidas básicas de higiene (OMBH)’ e ‘prática de atividades físicas (OPAF)’. Estes últimos são mais próximos de ações que visam à promoção da saúde.

Chama-se atenção para o comportamento de ‘orientar sobre doenças específicas (ODE)’. Sendo emitido pelos ACSs quando, ao investigarem sobre o estado de saúde dos usuários, identificavam nas queixas relatadas sintomas de determinadas doenças, como, por exemplo, sede excessiva, visão borrada, fadiga, fraqueza, perda de peso, associados ao diabetes. Quando os ACSs se deparavam com queixas sinalizando estes tipos de sintomas em pessoas não eram portadoras de diabetes, orientavam-nas a refletir sobre seu estado de saúde e sobre a necessidade de consultar um médico para realizar o diagnóstico preciso.

Este comportamento evidencia a sensibilidade do ACS atrelada à aplicação de seu conhecimento técnico, visando o bem-estar do usuário. Sob este aspecto, cabe ponderar juntamente com Sucupira (2007a) e Van Der Molen e Lang (2007) sobre a importância de valorizar o paciente como centro e objeto da atenção, em que se prioriza a prática reflexiva em oposição à prática

automatizada. Prática que favorece a utilização de habilidades técnicas realmente preocupadas com a qualidade de vida das pessoas.

Estes autores fazem um contraponto entre a relação profissional da saúde-paciente e as habilidades de comunicação, em que a relação precisa deixar de ser entendida como uma técnica, que pode ser aprendida por meio de protocolos, guias e regras, e se adequar à individualidade e contexto dos usuários, sendo concebida como um processo em que atuam as habilidades de comunicação, agregando atitudes, condutas e posturas adotadas pelo profissional (Sucupira, 2007b; Van Der Molen & Lang, 2007).

As habilidades apontadas por estes autores condizem com as modalidades de comunicação referidas por Maldonado e Canella (2003). Estes autores distinguem as formas de comunicação em dois grupos: formas típicas de comunicação e formas benéficas de comunicação. As formas típicas são as habitualmente utilizadas nos relacionamentos em geral, bem como, na relação profissional de saúde-usuário. Por outro lado, a utilização das formas benéficas abre os canais de comunicação, oportunizando ao profissional aprofundar o diálogo e transmitir mais confiança, tanto para a adesão, quanto para a manutenção do tratamento.

É possível observar mais claramente a modalidade de comunicação adotada pelo ACS no momento da visita, quando comunica informações aos usuários. De modo geral, eles utilizam tanto as formas típicas quanto as benéficas. As formas típicas mais utilizadas são: fazer perguntas, elogiar, dar ordens, dar conselhos, fazer ameaças. E as formas benéficas mais enfatizadas são: tentar resolver conjuntamente os impasses, focalizar as pistas não-verbais, orientar antecipatoriamente, faz reflexão de sentimentos.

Comparando a atuação dos ACSs entre as UBSFs 1 e 2 antes das intervenções, é possível apontar distinções consideráveis. Na UBSF 1, dois participantes demonstraram adotar ambas as modalidades, típicas e benéficas e os outros dois participantes revelaram a adoção de apenas modalidades típicas. E na UBSF 2, todas as participantes expressaram a emissão de comportamentos condizentes com ambas as modalidades.

5.2.4.2. Recursos Comunicacionais

Referem-se aos recursos utilizados durante a comunicação do profissional com o usuário, que podem se refletir de modo a facilitar ou dificultar a transmissão do conteúdo da informação:

5.2.4.2.1. Recursos que Facilitam (RF): comportamentos relacionados à certificação de que o usuário compreendeu a informação: 1) Investiga sobre compreensão do usuário (ICU); 2) Repete explicação ao usuário (REU); 3) Investiga informação (II).

Comparando as atuações dos ACSs entre as UBSFs, constata-se que não houve muita discrepância na frequência dos comportamentos emitidos, muito embora, os participantes da UBSF 2 tenham expressado maior número de comportamentos facilitadores da comunicação. Dois deles,

por exemplo, apresentaram valores muito próximos em ambas as unidades, nos quesitos ‘repete explicação ao usuário (REU)’ e ‘investiga informação (II)’, (ver Gráfico 13).

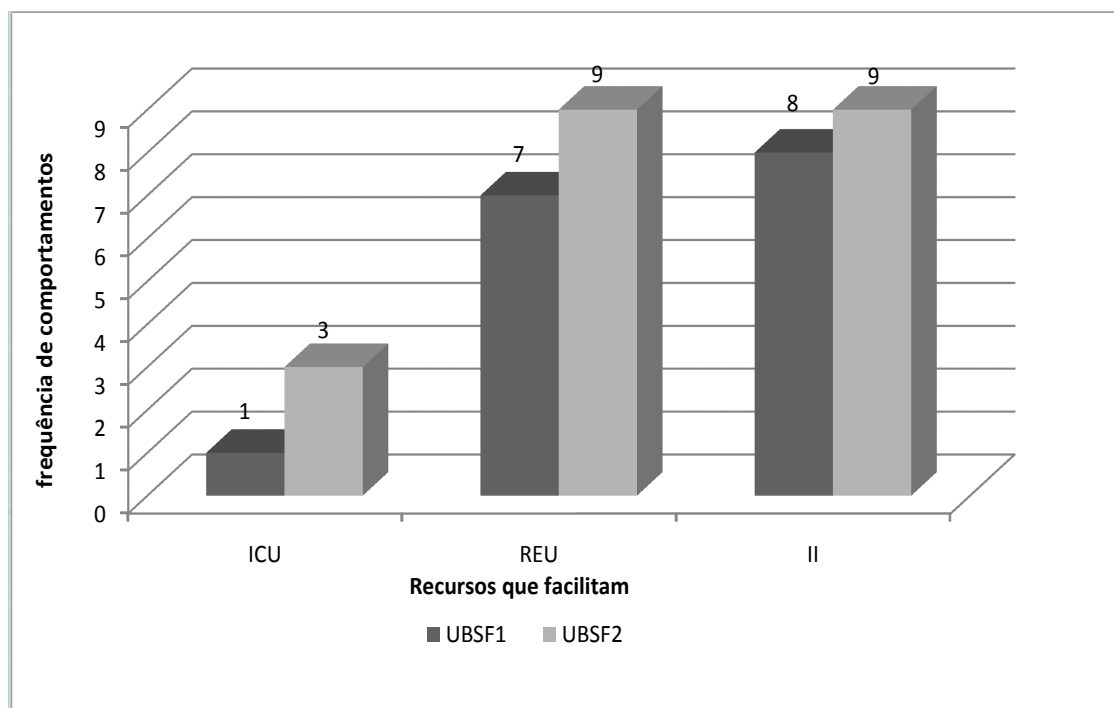


Gráfico 13. Frequências dos “recursos que facilitam” entre as UBSFs.

Os comportamentos mais evidenciados (REU e II) estão diretamente relacionados com a preocupação do profissional sobre o entendimento satisfatório do conteúdo da comunicação. Quando o ACS procura investigar determinada informação ele estabelece um espaço de troca para que possíveis dúvidas sejam dirimidas. Esta abertura que o profissional oportuniza ao usuário é fundamental e imprescindível para que a incompreensão da informação, expectativas e ansiedades geradas em função de algo comunicado, sejam sanadas e não repercutam em empecilhos no acompanhamento oferecido aos usuários (Leite, Sá, & Bessa, 2007).

A literatura especializada sugere alguns comportamentos identificados como facilitadores do processo comunicacional, tornando-o mais satisfatório e eficiente, dentre eles, um em específico coaduna com os comportamentos clarificados no presente estudo, que se refere a ‘investigar a compreensão do usuário sobre as informações transmitidas’, além de, disponibilizar explicações detalhadas tanto sobre o diagnóstico quanto o tratamento proposto, deixando o usuário em uma posição confortável e segura para optar por determinado procedimento; conhecer o histórico de vida e saúde dos usuários e familiares, procurando estabelecer vínculos; e pontuar os possíveis efeitos colaterais de determinado procedimento e alertar sobre o que pode gerar sucessos e falhas no tratamento (Epstein et al., 2004; Laidlaw et al., 2002; Savard, 2004).

5.2.4.2.2. Recursos que Dificultam (RD): comportamentos que agiram como obstáculos para o estabelecimento de uma comunicação favorável à compreensão do conteúdo transmitido: 1) Interrompe fala do usuário (IFU); 2) Interrupção da orientação (IO); 3) Registra informações (RI).

Dos comportamentos agrupados nesta categoria evidentemente o mais emitido foi ‘registro de informações (RI)’, mais presente entre os ACSs da UBSF 1. Muito embora os participantes representantes desta unidade não tenham apresentado nenhum outro tipo de comportamento entendido com dificultador do processo comunicacional (ver Gráfico 14).

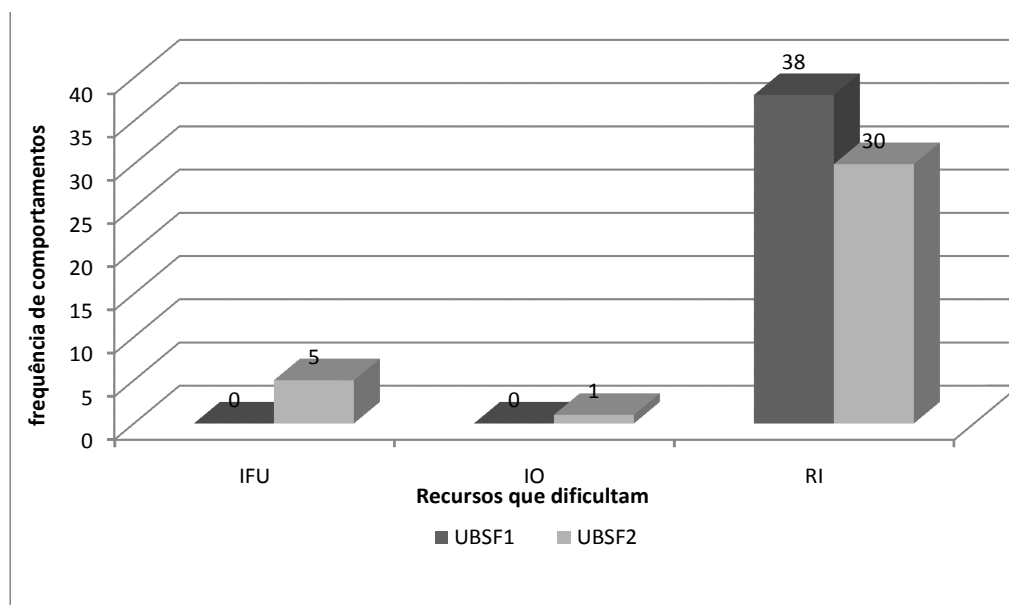


Gráfico 14. Frequências dos “recursos que dificultam” entre as UBSFs.

O comportamento de RI foi característico a todos os ACSs observados, mesmo porque, a configuração e organização do trabalho deste profissional prevêem o registro da maioria das ocorrências vislumbradas ao longo da visita, seja visando à atualização do cadastro das famílias, o preenchimento do check list da visita ou para relacionar informações específicas dos programas e serviços oferecidos pelas unidades de saúde.

Alguns participantes registraram informações com maior, outros com menor frequência, mas em geral, os ACSs não sinalizaram este comportamento em detrimento do contato e vínculo com os moradores. Com emissão moderada.

Este tipo de comportamento pode indicar o quão os ACSs estão imbuídos da rotina dos profissionais nos serviços públicos em que se depara com uma grande demanda a ser assistida. A interrupção da fala do usuário representa uma forma de direcionar ao máximo o atendimento, denotando a preocupação do profissional com a quantidade e não com a qualidade do atendimento. O que torna imprescindível um trabalho de humanização na saúde como apontam Caprara e Rodrigues (2004).

5.2.5. A Capacitação

A capacitação ocorreu em cinco encontros, realizados às sextas-feiras, no turno da tarde, no período de 14.01.2011 a 11.02.2011. Inicialmente, a proposta era a implementação de dez encontros, mas após a avaliação da supervisora das equipes do PSF, que autorizou a realização da pesquisa, solicitou-se à pesquisadora a redução do número de encontros, alegando que a sexta-feira era o único dia em que os ACSs se reuniam com as equipes para discutir pendências e realizar encaminhamentos. A supervisora afirmou que a pesquisadora iria “dividir” este tempo e que diminuir as reuniões dos ACSs em dez semanas seria inviável.

Por esta razão, a pesquisa foi autorizada com a diminuição dos encontros. Na Tabela 6, descreve-se o cronograma das atividades para cada encontro. A descrição detalhada das atividades encontra-se no Anexo G.

Tabela 6 - Cronograma das atividades da capacitação

Encontro	Atividade	Nº de ACSs
1º	- Apresentação da proposta; - Dinâmicas de integração e socialização.	18
2º	- Exercícios sobre promoção da saúde (associação de ideias, definição e exemplos de atuação); - Discussão sobre a diferença entre promoção da saúde e prevenção de doenças.	18
3º	- Apresentação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); - Reflexão sobre o exercício profissional e os eixos de atuação sugeridos pela política.	16
4º	- Discussão sobre a importância da comunicação na atuação do ACS; - Apresentação das modalidades de comunicação (típicas e benéficas).	18
5º	- Encerramento da atividade; - Exercício de revisão e fixação do conteúdo discutido.	17

Os encontros da capacitação foram realizados após a reunião dos ACSs com a gerência e a equipe, com início por volta das 15 horas, durando aproximadamente duas horas. Os ACSs aderiram positivamente à atividade, com uma média de participação de 17 pessoas. Todos os profissionais que compareciam às reuniões ficavam para a atividade de pesquisa.

O objetivo do primeiro encontro foi justamente sensibilizar os participantes sobre a importância da temática, além de integrar a equipe e socializá-los com a pesquisadora.

No segundo encontro, os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças foram discutidos de modo a dirimir dúvidas e estabelecer diferenças entre eles. No Anexo N, encontram-se os formulários com o registro dos exercícios deste encontro. Inicialmente, os ACSs foram

convidados a realizar exercícios para que a pesquisadora pudesse clarificar qual o entendimento que estes profissionais partilhavam sobre promoção da saúde. O primeiro foi de associação livre de palavras com o termo. A Tabela 7 retrata sistematicamente os dados.

Tabela 7 - Palavras associadas ao termo promoção da saúde na capacitação.

Eixos de Análise	Total
Foco na atuação e estrutura dos serviços	28 (57%)
Foco na saúde	21 (43%)
Foco na doença	
Total	49 (100%)

A análise que se pode inferir em relação ao repertório relatado pelos participantes, cujo foco é a atuação e estrutura dos serviços, condiz com o fato do trabalho de promoção da saúde estar pautado basicamente no tripé Prevenção, Educação e Orientação, que o profissional desenvolve por meio das visitas, das informações transmitidas à comunidade, do conhecimento prévio e do acolhimento oferecido aos usuários. E ainda, que o trabalho de promoção da saúde não é uma ação de responsabilidade apenas do ACS. Para desenvolver ações deste cunho, é necessário que, por um lado, o profissional aja com respeito, compromisso, responsabilidade, utilizando uma comunicação eficiente e, por outro, o usuário participe das atividades propostas pelo ACS, caso contrário, dificilmente o profissional conseguirá fomentar a adesão dos usuários a estratégias que favoreçam hábitos de vida saudáveis.

No eixo foco na saúde foram agrupadas palavras que caracterizam a prevenção primária, que segundo Leavell e Clarck (1976), envolve ações de promoção da saúde com padrões de nutrição, associados à fase do desenvolvimento da pessoa, moradia adequada e recreação, além de ações de proteção específica, com a adoção de medidas de higiene pessoal. Os participantes não relataram palavras que estivessem diretamente relacionadas à doença.

Após o exercício de associação de ideias, os ACSs foram convidados a descrever em papeletas a definição de promoção da saúde, exemplificando com ações que desenvolvem na comunidade.

A maioria dos ACSs associa promoção da saúde a orientações e informações sobre o assunto, como pode ser observado nos seguintes trechos reproduzidos:

Promoção da saúde é dar orientações, fazer acompanhamento ao usuário e promover o bem-estar social das pessoas (ACS18).

Promoção da saúde é estar a par dos acontecimentos da comunidade e fazer o possível para orientar e ajudar os necessitados (ACS16).

Promoção da saúde é principalmente orientação, educação e participação (ACS15).

Promoção da saúde é a orientação, educação e prevenção (ACS17).

Alguns utilizaram o termo promoção da saúde apenas como sinônimo de prevenção de doenças:

Promoção da saúde é um modo de prevenção contra doenças (ACS14).

Promoção da saúde é se prevenir das doenças (ACS13).

Promoção da saúde é localizar a pessoa enferma, prevenir antes que a doença se agrave e que possa ter um tratamento positivo (ACS12).

Outros definem promoção da saúde envolvendo outros aspectos, refletindo uma visão integrada de saúde:

Promoção da saúde é ter bons hábitos de higiene, alimentação, lazer e prevenção de doenças (ACS5).

Promoção da saúde é o bem-estar pessoal, social e familiar (ACS4).

Promoção da saúde é o bem-estar, estar de bem consigo mesmo, ter condições de moradia, alimentação e educação (ACS3).

Promoção da saúde é estar em contato com a necessidade dos pacientes e tentar haver uma troca de responsabilidades, tanto do morador quanto da unidade e ACS (ACS2).

Promoção da saúde é facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde, informando a melhor maneira de utilizar o serviço da forma mais prática e fácil para se manter saudável (ACS1).

Promoção da saúde é promover o bem-estar do indivíduo (ACS6).

Promoção da saúde é ouvir os fatos e resolver o máximo possível (ACS11).

Estas definições são as que mais se aproximam do conceito descrito pela literatura especializada, de que promoção da saúde seria o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua saúde e qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Ministério da Saúde, 2007, p. 14).

Diante do exposto, as definições retratam tanto que o ACS deve resolver o máximo de problemas possíveis, quanto o entendimento de que deve haver um comprometimento mútuo entre profissional, unidade e usuário, em busca de melhores condições de vida e saúde.

Muito embora alguns participantes tenham se aproximado de uma visão integrada ao definir promoção da saúde, nenhum deles exemplificou ações que retratassem estas definições. Apenas duas ACSs ofereceram exemplos mais específicos:

Efetuar palestras educativas em um grupo de mulheres (ACS2).

Orientar sobre o destino do lixo (ACS6).

Os outros exemplos oferecidos não revelaram ações específicas:

Orientações nas visitas domiciliares (ACS5).

Orientação e prevenção (ACS3).

Receber orientação e fazer aquilo que é orientado, se seguir as orientações, compromete-se (ACS7).

De acordo com Silva (2009), objetivando analisar a percepção de ACSs sobre promoção da saúde a partir de sua formação e prática, igualmente pontuou que, por um lado, os participantes conceituaram promoção da saúde relacionando-a aos determinantes sociais do processo saúde-doença e, por outro, revelaram muita dificuldade em desenvolver ações neste âmbito, como ações educativas e coletivas, de articulação intersetorial e de participação comunitária.

Aqui novamente é reportada a questão do dilema conceitual entre promoção e prevenção, reside na dimensão prática, a que se refere às práticas, estratégias, planos de ação, modos de intervenção e instrumentos e não em seu conteúdo teórico-conceitual (Buss, 2003; Mello, 2000; Sícoli & Nascimento, 2003).

Neste sentido, alguns profissionais até conseguem delimitar conceitualmente a diferença entre promoção e prevenção, contudo, ao transporem a dimensão conceitual, exemplificando atuações entre estes dois âmbitos, tentando articular a dimensão metodológica surgem os impasses e confusões.

Finalizando os exercícios (definições e exemplos descritos), as papeletas foram reunidas e a pesquisadora discutiu os conceitos de promoção e prevenção à luz da literatura, sinalizando a dificuldade que os profissionais de saúde, em geral, apresentam ao tentarem clarificar diferenças de ações nestes dois âmbitos.

Após a discussão sobre os conceitos, para a pesquisadora se certificar que realmente os participantes haviam entendido a premissa que norteava as ações em promoção e prevenção, os exemplos descritos pelos participantes no exercício inicial foram resgatados.

Neste momento, a pesquisadora relatou os exemplos e, após a leitura de cada papeleta, os ACSs foram convidados a classificá-los em estratégias de promoção ou prevenção. Em linhas

gerais, houve o entendimento de que os exemplos descritos estavam relacionados à perspectiva da prevenção, havendo uma mudança da concepção inicial.

Quando uma pessoa procura orientação sobre uma determinada patologia, o agente procura se informar para poder orientar o morador de forma clara, pra que o mesmo faça exames e com isso se proteja e proteja a família (ACS15).

Quando idosos acamados ou debilitados não conseguem ir à UBS e precisam de medicação, o agente de saúde se disponibiliza a levar a medicação ao paciente (ACS16).

Na visita eu oriento o usuário que aquela água parada pode ser depósito do mosquito da dengue (ACS17).

A apresentação e reflexão sobre os conceitos foram importantes para que os ACSs conseguissem vislumbrar a característica principal que orienta a atuação nestas duas esferas. *“É agora tá mais fácil da gente entender. Com os exemplos fica mais fácil. Uma coisa é você se preocupar com doenças específicas, a outra é você pensar na saúde como um todo (ACS5)”*. *“Também acho. Nestes exemplos que a gente achava que tava promovendo a saúde, na verdade, a gente tá prevenindo, porque falar em dengue, medicação, isso é tá pensando nas doenças e pra que a pessoa não piore (ACS3)”*

Refletindo juntamente com Fracoli e Almeida (2011) pode-se inferir que como o ACS, em geral, foca sua atuação na perspectiva da doença, da carência, do que falta, privilegiando a mudança de hábitos para que o usuário não adoça, faz com que ele se distancie das premissas da promoção da saúde, que envolve o desenvolvimento da autonomia e consciência individual e coletiva, visando à tomada de decisões sobre suas necessidades de saúde e o exercício da cidadania.

De fato, essa visão biologicista que permeia o discurso dos ACSs materializa-se como um grande obstáculo, para que efetivas ações em promoção da saúde sejam desenvolvidas e persistam essas confusões no delineamento prático entre promoção e prevenção. Fracoli e Almeida (2011) complementam ainda que, enquanto o ACS não priorizar as potencialidades dos usuários e famílias, ou seja, o que existe de positivo nas comunidades, dificilmente conseguirá identificar as habilidades existentes e desenvolver competências necessárias em prol da edificação e consolidação de ambientes saudáveis.

No terceiro encontro, o objetivo foi discutir a PNPS, que era desconhecida aos participantes. No início, eles ficaram curiosos quando mencionado que a mesma oferecia eixos de atuação em promoção da saúde, pois, até então, percebia-se que estavam frustrados por não conseguirem delinear e apontar distinções na prática de estratégias de promoção e prevenção.

A pesquisadora apresentou a política e os sete eixos de atuação em promoção da saúde. Para esta atividade, os ACSs foram divididos em sete grupos. Cada grupo ficou responsável em

oferecer um exemplo para o eixo de atuação que representava. No Quadro 9, encontra-se a sistematização dos exemplos.

Quadro 9 - Exemplos de atuação nos eixos orientados pela PNPS.

Eixos de atuação	Exemplos dos ACSs (atividade em grupos)
G1. Alimentação Saudável	Como agente de saúde procuro orientar os moradores de que uma boa alimentação é muito importante para o equilíbrio e saúde do nosso corpo. Uma boa alimentação não significa quantidade, mas sim qualidade, além de incluir muitas frutas, verduras e legumes, variando o cardápio. Acrescentando também muito suco, muita água, pois com alimentação saudável é possível evitar muitas doenças inclusive a diabetes e a obesidade, mal que vem crescendo dia a dia.
G2. Prática Corporal/Atividade Física	Eu incentivo os hipertensos a praticar atividades físicas. Falo sempre da caminhada com a profª Cleonice, toda quarta e sexta-feira, principalmente os idosos que tem a vida sedentária.
G3. Prevenção e Controle do Tabagismo	Divulgar o tratamento, incentivar a oportunidade e dar um bom exemplo para os filhos que não pratiquem o mesmo erro.
G4. Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas	Orientar a pessoa sobre os males do álcool e das drogas e sobre os benefícios de parar com eles, mostrando a ela um caminho mais saudável para se viver. Orientação e persistência quando a pessoa aceita.
G5. Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito	Ter responsabilidade. Não abusar do álcool quando estiver dirigindo; verificar o veículo, fazer revisão; imprudência no trânsito; uso adequado dos equipamentos.
G6. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz	A prevenção da violência vem do ensinamento do cotidiano, a introdução desde a infância. Sendo assim, se cria hábitos de estímulo à cultura de paz.
G7. Promoção do desenvolvimento sustentável	Fazemos curso de artesanato para a população, um estímulo a desenvolver renda e a criatividade. Espaços para expor no posto. Exposição e venda.

Ao longo da execução da atividade os participantes expressaram maior facilidade em oferecer exemplos relacionados aos dois primeiros eixos norteadores da ação – alimentação saudável e prática corporal/atividade física. Por representarem ações que estão mais próximas da realidade destes profissionais.

No quarto encontro, trabalhou-se a temática da comunicação. Iniciou-se a atividade com uma dinâmica para sensibilizar os participantes sobre a importância da comunicação. O objetivo da dinâmica foi levar os ACSs a refletirem sobre a escolha correta das palavras ao travar um diálogo ou estabelecer um processo comunicacional. Que a forma como a informação é veiculada pelo profissional, pode dificultar ou favorecer a adesão dos usuários às estratégias propostas por ele.

Após esta reflexão inicial, introduziram-se os conceitos de Maldonado e Canella (2003) sobre as modalidades típicas e benéficas de comunicação. Havendo uma discussão sobre condutas, posturas e atitudes adotadas pelos ACSs de acordo com as problemáticas com as quais eles se deparam na comunidade. E ainda, como as pré-concepções estabelecidas sobre as pessoas e situações dificultam o estabelecimento de uma comunicação profícua.

Ao discutir questões sobre comunicação, os ACSs manifestaram insatisfação e até mesmo, certa preocupação com a dificuldade que encontram em conseguir com que os usuários sigam as orientações transmitidas nas visitas, como fica evidente na seguinte fala:

“Nossa, às vezes eu fico cansada de repetir a mesma coisa para as famílias, falo, falo e sempre que eu chego na casa tem água parada, caixa d’água aberta, as crianças andando descalço naquela sujeira toda. Às vezes, de tanto que eu falo eles até fazem um tempo, depois volta tudo de novo”(ACS 3).

Sobre essa necessidade de repetição, Inojosa (2008) comenta que a sociedade tende a incorporar a seu imaginário, como modelo de comunicação, as insistentes e onipresentes práticas do marketing, cujos apelos e garantias de satisfação existencial pelo mero consumo de um produto ou serviço reforçam uma lógica imediatista.

Nesta esfera, segundo a autora, persistem dificuldades na comunicação em saúde, com incompreensões e baixa efetividade na transformação de atitudes e hábitos. Talvez isso se explique pelo fato das ações voltadas para a promoção de hábitos de vida saudáveis e de prevenção de doenças oportunizarem mudanças paulatinas à longo prazo, o que se confronta com este imediatismo da população.

Tendo em vista essas mudanças que se processam a longo prazo Scliar (2002) enfatiza que a comunicação é essencial para que o processo educativo em saúde atinja a plenitude de seus objetivos. E ainda, é preciso percorrer várias etapas ao longo desse processo, primeiramente é preciso procurar informar a população, para que possa adotar uma atitude positiva que, posteriormente, deve gerar um comportamento, que introjetado gera o hábito, isto é, o comportamento automatizado. O hábito disseminado evolui para o costume que, por fim, é a prática generalizada, incorporada à cultura da população.

No entanto, este autor salienta que mesmo estando informadas e educadas, as pessoas nem sempre adotam comportamentos teoricamente compatíveis com hábitos de vida saudáveis. Por exemplo, em relação ao fumo, apesar das advertências sobre os problemas possivelmente ocasionados pelo tabagismo há fumantes que não conseguem abandonar o hábito de fumar. Isso muito se deve à dependência da nicotina, contudo, pode estar instaurado nesse exemplo o processo denominado por Leon Festinger de dissonância cognitiva, quando a pessoa percebe uma incongruência entre suas crenças e atitudes de um lado e seu comportamento de outro, tende a

reduzir a dissonância mudando o comportamento (deixando de fumar) ou as crenças e atitudes (negando os riscos do fumo), negação que, em certa época, a indústria do cigarro procurou reforçar (Scliar, 2002).

No último encontro, alguns conceitos discutidos e refletidos ao longo da capacitação foram resgatados para vias de fixação do conteúdo. A avaliação da proposta pelos ACSs foi positiva, pois comentaram que puderam dialogar um pouco sobre promoção, prevenção e comunicação. Questões de extrema importância para o trabalho de saúde comunitária.

5.2.6. O Grupo de Apoio

O grupo de apoio funcionou como um grupo controle. Foi realizado na UBSF2, no período de 04.03.11 a 01.04.11. Também ocorreu às sextas-feiras, no turno da tarde, por ser este o momento reservado para as reuniões semanais com os integrantes das equipes.

A ideia do grupo de apoio surgiu com o intuito de avaliar os resultados da capacitação. Enquanto na UBSF1 ocorria a capacitação, cujos encontros foram previamente estruturados enfatizando a temática da comunicação na promoção da saúde, na UBSF2 foi oferecido um grupo de apoio em que os temas foram elencados pelas próprias ACSs, com ênfase para questões de interesse, em geral, relacionadas com sua atuação. Na Tabela 8 encontram-se descritos os encontros realizados no grupo de apoio, cuja descrição detalhada está exposta no Anexo K.

Tabela 8 - Cronograma das atividades do grupo de apoio

Encontro	Atividade	Nº de ACSs
1º	- Apresentação da proposta - Sugestão de temas a serem discutidos pelos ACSs - Dinâmicas de integração e socialização	23
2º	Tema: Violência doméstica e repercussões psicológicas	21
3º	Tema: Doenças Sexualmente Transmissíveis e aspectos psicológicos	22
4º	Tema: Saúde do homem – problemas e mitos	20
5º	Tema: Discussão geral sobre características psicológicas e desenvolvimento humano - Encerramento da atividade	22

A pesquisadora iniciava os encontros realizando uma breve explanação sobre o assunto, enfatizando os conceitos relacionados com as temáticas e os indicadores estatísticos das mesmas. O objetivo destes momentos era situar cientificamente a discussão, oportunizando às ACSs o conhecimento sobre o que, por ventura, poderiam encontrar ao desenvolverem suas atividades.

Após a breve caracterização do tema, a pesquisadora propunha uma discussão, solicitando que as participantes descrevessem exemplos de sua atuação que contemplassem o que estava sendo discutido.

Em todos os encontros as ACSs foram bastante participativas, oferecendo exemplos e solicitando informações para auxiliá-las no manejo de comportamentos e atitudes dos moradores que dificultava o desenvolvimento pleno de suas atividades. Além disso, puderam compartilhar maneiras de resolver impasses que presenciam na vida pessoal e no próprio relacionamento com o grupo de trabalho.

A pesquisadora ficou apreensiva ao propor a atividade, imaginando que os temas escolhidos pelas ACSs no grupo de apoio pudessem refletir questões de promoção da saúde e comunicação que seriam trabalhadas na capacitação, o que inviabilizaria posteriormente a avaliação da proposta.

No entanto, os temas escolhidos para discussão em grupo não se relacionaram diretamente à promoção, revelando que o interesse das integrantes do grupo residia nas características psicológicas pertinentes a cada assunto.

Assim, considerando o tema da violência doméstica, a discussão não caminhou no sentido de pensar ações de estímulo à cultura da paz, um dos eixos preconizados pela PNPS para atuação em promoção da saúde. O interesse residiu em entender melhor os fatores que contribuem para uma mulher não conseguir romper com o círculo vicioso de agressões, fazendo com que ela continuasse a se submeter aos episódios de violência impostas por seu cônjuge, sem denunciar aos órgãos competentes.

Na reflexão sobre questões relacionadas a doenças sexualmente transmissíveis, o fio condutor da discussão se referiu à lacuna existente entre o saber e o fazer. As ACSs se preocuparam em entender o que faz com que as pessoas, em especial as adolescentes, mesmo sabendo dos riscos que correm em manter relações sexuais sem utilizar medidas de proteção, o fazem. O que é preciso fazer ou trabalhar com esta população para diminuir o número de grávidas e de portadores de DSTs? Ou seja, incrementar a percepção de risco deste grupo.

Outro ponto de discussão relaciona-se com a saúde do homem, sobre a dificuldade que as ACSs encontram em conseguir com que eles façam adesão às propostas da unidade para trabalhar o âmbito preventivo das doenças que acometem esta população em específico.

No encontro que se enfatizou as características psicológicas presentes ao longo do desenvolvimento humano, a discussão foi orientada pelos fatores relacionados a cada fase da vida, infância, adolescência, adulta e terceira idade, que podem dificultar o autocuidado em saúde e à adesão às estratégias propostas pelo ACS.

Nos três últimos temas, de certa forma, foram discutidas questões relacionadas à prevenção de doenças. No entanto, não se enfatizou o desenvolvimento de ações de prevenção, ou mesmo, se

a dimensão da prevenção descrita estava relacionada à promoção da saúde, mais sim, se discutiu os aspectos que impediam à emissão de comportamentos preventivos em grupos específicos.

De modo geral, o desenho do grupo de apoio foi muito parecido com a capacitação, muito embora, a forma com que foram estruturadas ambas as intervenções apontaram diferenças pontuais que resolvem o impasse inicial de que os temas elencados pelos participantes pudessem retratar a promoção da saúde, inviabilizando os resultados da capacitação. No entanto, a discussão percorreu o caminho das perspectivas psicológicas relacionadas a cada tema e não necessariamente enfatizaram atuações em promoção da saúde.

5.2.7. Avaliação das Intervenções (capacitação e grupo de apoio)

Para avaliar as intervenções, os integrantes das amostras de cada UBSF novamente foram acompanhados nas visitas domiciliares, após um intervalo de quatro semanas do término da capacitação e do grupo de apoio, no intuito de observar se os conhecimentos disseminados nas intervenções haviam influenciado a atuação destes profissionais.

Novamente, os ACSs foram acompanhados ao longo de uma manhã de visitas domiciliares. Registrou-se em protocolo a atuação de cada participante em quatro visitas distintas. Assim, os dados apresentados a seguir são referentes à aplicação de mais 16 protocolos para cada UBSF, também perfazendo um total de 32 aplicações.

Os resultados do registro das observações, antes e depois às intervenções, foram comparados e representados em gráficos que retratam os dois subsistemas desenvolvidos: finalidade dos recursos comunicacionais e recursos comunicacionais.

5.2.7.1. Finalidade dos Recursos Comunicacionais (capacitação)

Em relação à primeira categoria que compõe o Subsistema 1 – finalidade dos recursos comunicacionais, a comparação realizada diante dos comportamentos emitidos por cada profissional que representa a UBSF1, antes e depois da intervenção, evidencia resultados importantes (ver Gráfico 15).

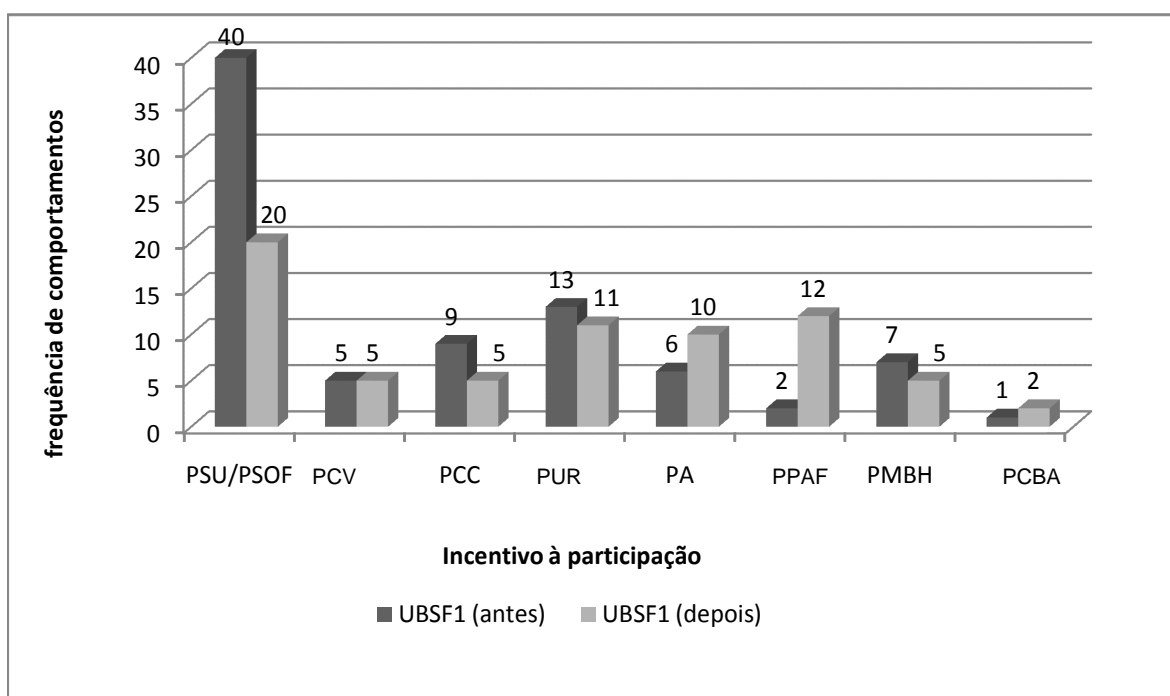


Gráfico 15. Comparação das frequências comportamentais de incentivo à participação dos participantes da capacitação.

Os comportamentos entendidos como técnicos ou mesmo que compõem o roteiro para a visita domiciliar foram menos frequentes após a capacitação. Estes comportamentos de certa forma engessam a atuação tornando-se até mesmo um empecilho para a emissão de comportamentos mais espontâneos.

Outro ponto que chama atenção reside na maior frequência, após a intervenção, de comportamentos relacionados à alimentação, prática de atividade física e consumo de bebidas alcoólicas. Talvez este dado possa ser reflexo dos conteúdos discutidos ao longo da capacitação.

A segunda categoria que compõe o Subsistema 1 – finalidade dos recursos comunicacionais, se relaciona a comportamentos de incentivo à interação. Observando o Gráfico 16, não é possível notar influências da capacitação, sendo que, em geral, a observação do comportamento dos participantes após a intervenção evidenciou menor emissão de comportamentos que incentivassem a interação.

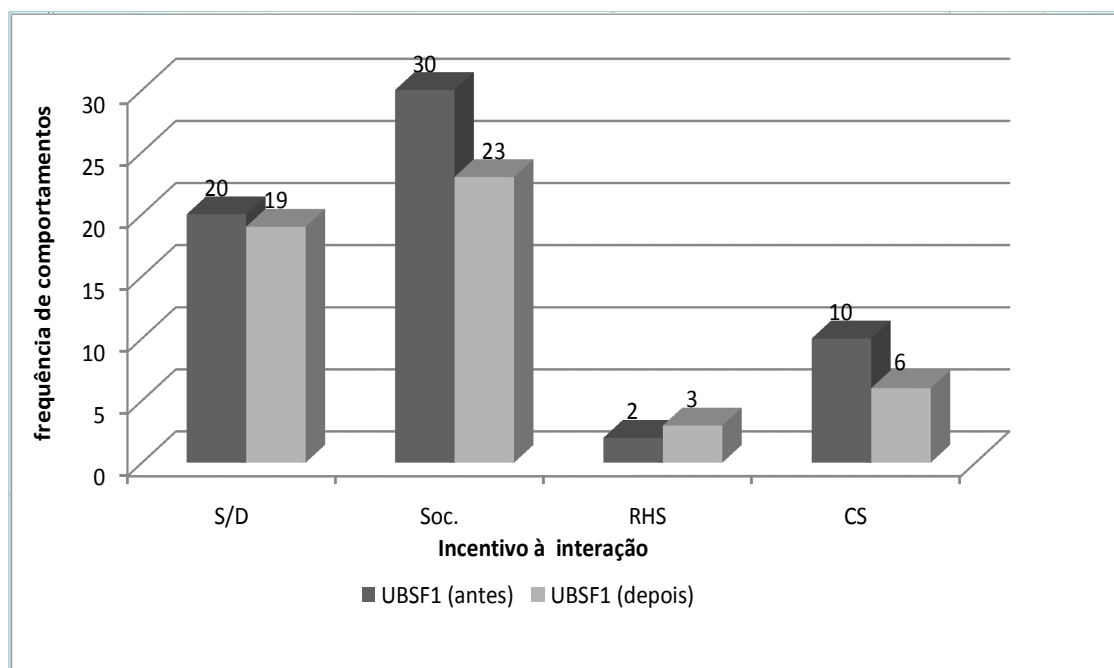


Gráfico 16. Comparação das frequências comportamentais de incentivo à interação dos participantes da capacitação.

Contudo, é importante relatar dois eventos que possam justificar estes dados. Sempre ao finalizar o período de visitas com cada ACS, a pesquisadora se colocava à disposição dos participantes que quisessem ou precisassem falar sobre algum fato evidenciado nas visitas. Dois profissionais aproveitaram o ensejo para pontuar questões pessoais que acreditavam ter prejudicado sua atuação:

1) o filho de um ACS estava com um sério problema de saúde e sua esposa, bastante preocupada com a situação, ligava constantemente em seu celular. Este evento também repercutiu no aumento de comportamentos categorizados como dificultadores da comunicação ('Interrupção da Orientação'), como pode ser observado mais adiante.

2) antes de sair para as visitas domiciliares, a ACS discutiu com a gerente de sua equipe, por ela estar lhe cobrando um relatório atrasado que não havia terminado em função de um afastamento por problemas de saúde.

Como estes problemas foram relatados ao final das aplicações dos protocolos de observação, a pesquisadora, mesmo sabendo que a comunicação interativa poderia ter sido prejudicada, optou em analisar os dados, sem descartar os protocolos. Mesmo porque, se realmente o prejuízo na comunicação interativa fosse constatado, como o foi, seria um dado importante a ser discutido.

Apenas para representar como preocupações desta ordem repercutem em mudanças comportamentais, o ACS que estava com o filho doente foi o que mais 'Socializou' com os moradores quando sua atuação foi observada antes da intervenção, perfazendo um total de 13

emissões. Já quando observado vivenciando este problema com o filho, expressou apenas sete comportamentos classificados nesta categoria.

Estes fatos retratam o quanto os problemas de ordem pessoal, familiar e também os relacionais ao ambiente de trabalho podem influenciar diretamente no desempenho e produtividade dos profissionais. No ambiente de trabalho as relações estabelecidas devem ser mediadas da melhor forma possível, pois dessas relações originam-se maior motivação, melhor produtividade e, conseqüentemente, um ambiente de trabalho favorável. As autoras enfatizam que os preceitos da humanização devem permear essas relações: respeito, cordialidade, solidariedade, ajuda mútua, empatia, priorizando-se a consolidação e fortalecimento de um ambiente favorável ao estabelecimento de vínculos e à produtividade (Caprara & Rodrigues, 2004; Benevides & Passos, 2005; Freire & Vilar, 2006).

O Ministério da Saúde (2009a), ao traçar as prerrogativas do trabalho do ACS, pontuou que separar a esfera pessoal da profissional não se caracteriza como uma tarefa fácil além de que o ACS precisa estabelecer limites na relação que estabelece com as famílias. Sendo recomendado que este profissional estabeleça um bom vínculo com as famílias, mas saiba dissociar a sua relação pessoal do seu papel como ACS.

Por outro lado, é possível observar no Gráfico 17, evidências consideráveis entre os comportamentos emitidos antes e depois da intervenção. Em geral, para os comportamentos agrupados nesta categoria, as frequências se sobrepõem após a intervenção.

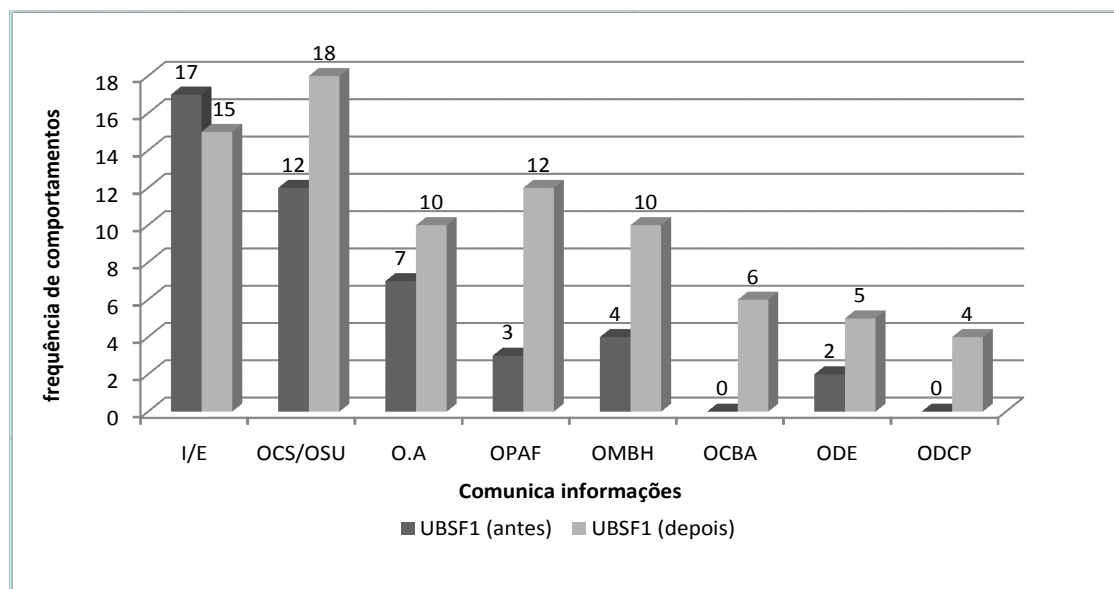


Gráfico 17. Comparação das frequências comportamentais da categoria “comunicar informações” dos participantes da capacitação.

Dois tipos de comportamentos relacionados a orientações específicas são evidenciados apenas após a realização da intervenção, como a ‘orientação sobre o consumo de bebidas alcoólicas (OCBA)’ e a ‘orientação e desenvolvimento da cultura da paz (ODCP), além do aumento nas

emissões comportamentais relacionadas à orientação sobre alimentação, prática de atividades físicas e medidas básicas de higiene que reproduzem diretamente o conteúdo abordado na capacitação.

5.2.7.2. Recursos Comunicacionais (capacitação)

Considerando as categorias que compõem o Subsistema 2, recursos comunicacionais, ao traçar um paralelo entre os recursos que facilitam e os que dificultam a comunicação, os ACSs expressaram após a capacitação o incremento de comportamentos que facilitam e a diminuição de comportamentos que dificultam o processo comunicacional (ver Gráficos 18 e 19).

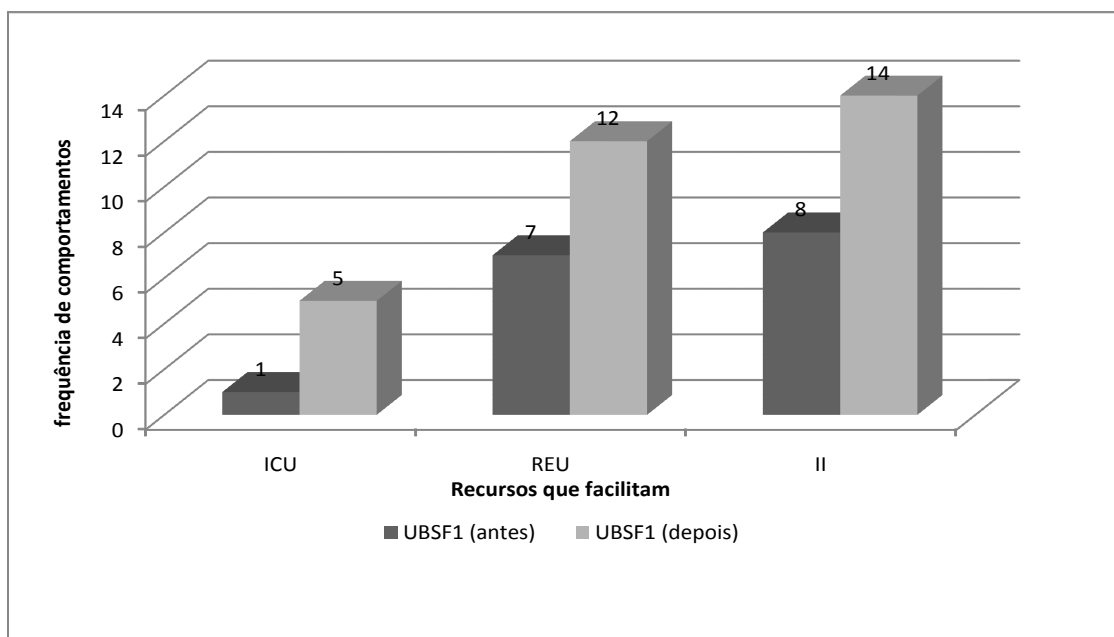


Gráfico 18. Frequências dos “recursos que facilitam” entre os participantes da capacitação.

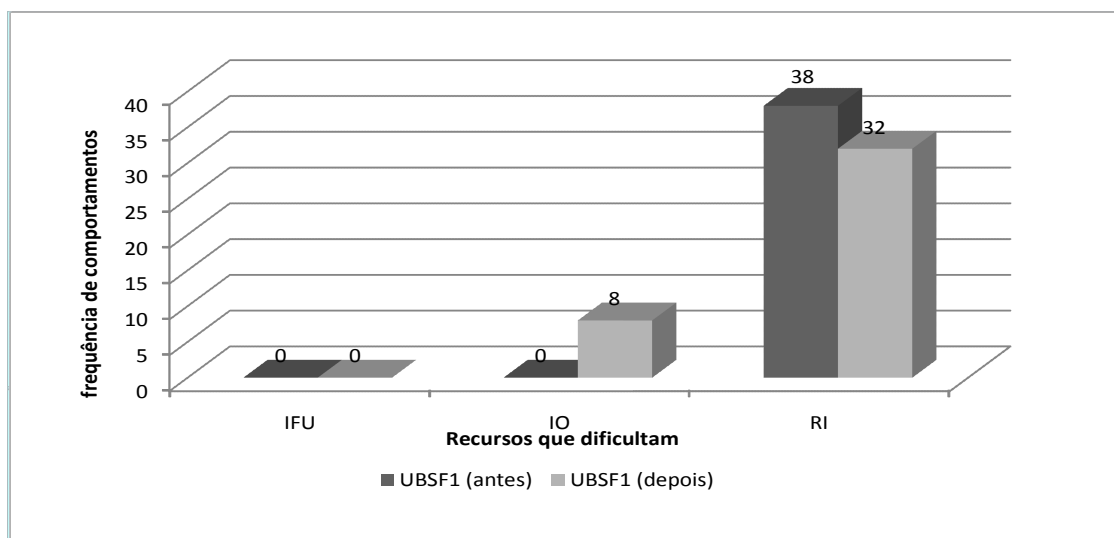


Gráfico 19. Frequências dos “recursos que dificultam” entre os participantes da capacitação.

O único comportamento entendido como dificultador da comunicação emitido inclusive apenas após a capacitação justifica-se pelo fato de um dos ACSs acompanhados estar com um problema familiar (doença do filho) e precisar deixar o celular ligado. As interrupções da orientação foram justamente em função do celular que tocava e o profissional pedia licença para atendê-lo. Mas não pareceu ser algo que ocorria com frequência em sua rotina.

5.2.7.3. Comparação dos Subsistemas: Finalidade dos Recursos Comunicacionais e Recursos Comunicacionais (grupo de apoio)

Optou-se por apresentar a comparação das observações de acordo com os subsistemas, por não ter havido diferenças consideráveis entre o comportamento dos ACSs após a intervenção. Mesmo porque, os conhecimentos disseminados no grupo de apoio não objetivavam a mudança direta do comportamento profissional relacionados à promoção da saúde, funcionando exatamente como um grupo controle. Nos Gráficos 20 e 21, é possível constatar a informação de que não foi possível identificar mudanças pontuais na rotina profissional do ACS, comparando as observações antes e depois da intervenção.

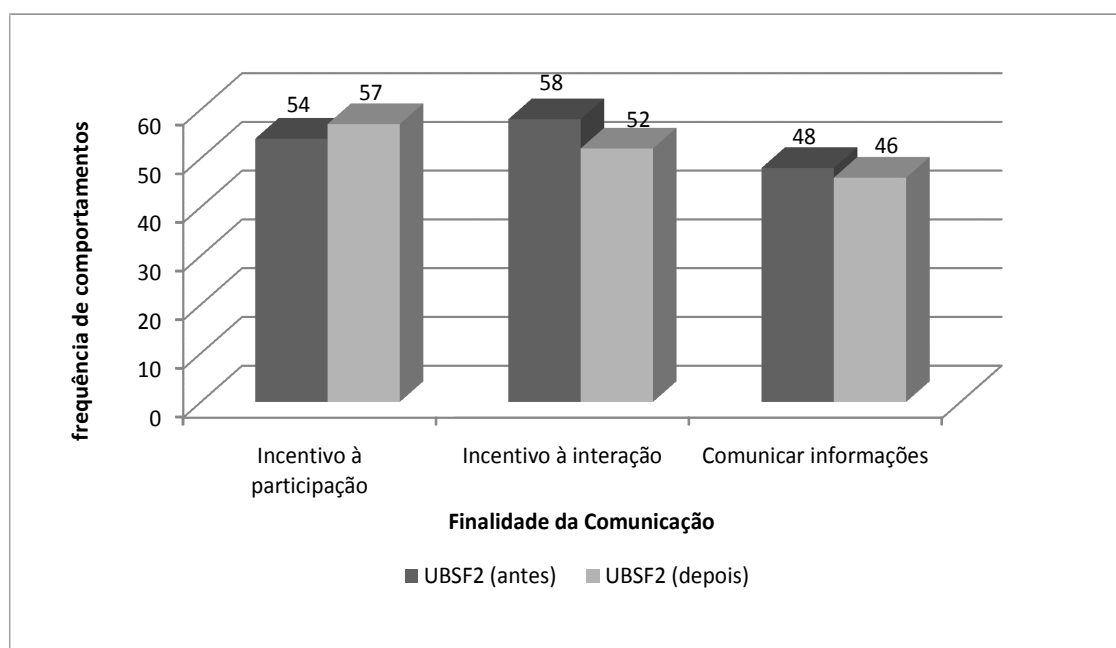


Gráfico 20. Comparação da finalidade dos recursos comunicacionais utilizados pelos ACSs da UBSF2.

Relacionando as três categorias que compõem o Subsistema 1, observa-se que as frequências das emissões comportamentais são bem próximas, não havendo inclusão de nenhum comportamento emitido apenas após a realização do grupo de apoio, como foi evidenciado nos comportamentos após a realização da capacitação, em especial a orientação sobre o consumo de bebidas alcoólicas e o desenvolvimento da cultura da paz.

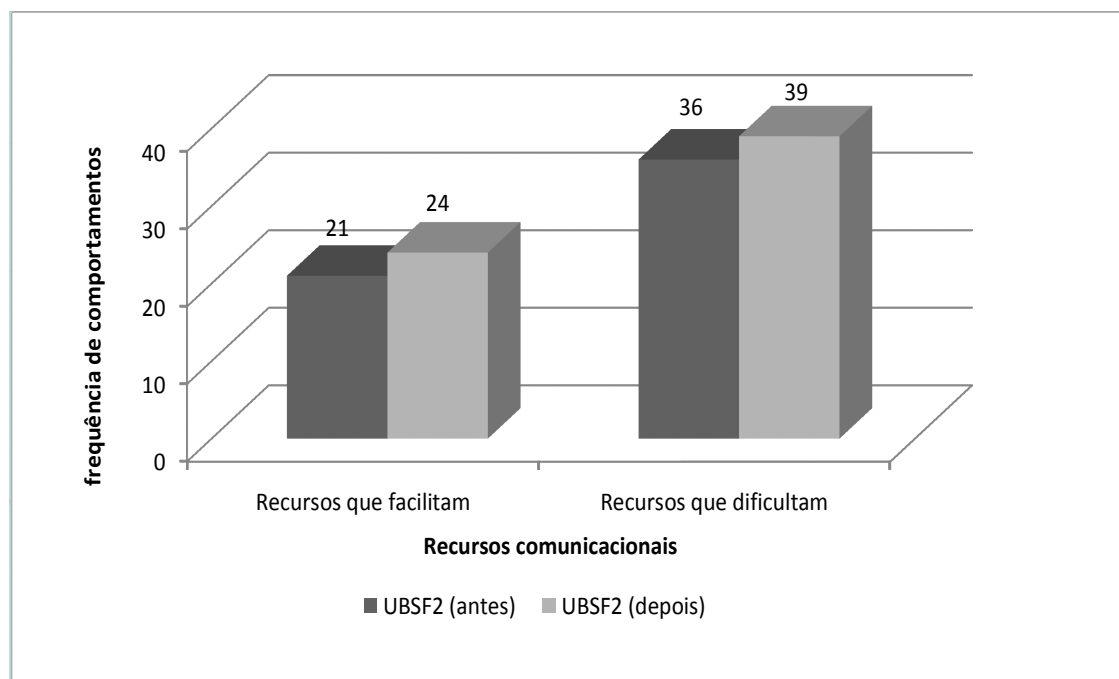


Gráfico 21. Comparação dos recursos comunicacionais utilizados pelos ACSs da UBSF2.

Na comparação realizada entre as categorias do Subsistema 2, as diferenças entre as emissões comportamentais antes e depois da intervenção também se expressaram de modo discreto, com um ligeiro aumento tanto dos recursos que facilitam quanto dos que dificultam a comunicação após a atividade em grupo, refletindo mais as características dos usuários visitados do que propriamente o conteúdo discutido no grupo.

5.2.8. Relação entre Concepções e Comportamentos dos Participantes

Para oferecer um panorama geral dos resultados revelados pelos participantes, com o intuito de traçar o perfil profissional em comunicação na promoção da saúde, os dados das entrevistas, formulário de atividades, observações e intervenções foram agrupados (ver Tabela 9).

Tabela 9 - Perfil profissional dos ACSs

<i>UBSF1</i>		<i>UBSF2</i>	
ACS	Características	ACS	Características
1	<ul style="list-style-type: none"> - M; E.M.C; 4 anos de profissão; - saúde como tudo na vida; - doença como sofrimento; - promoção da saúde é tudo, promoção é fazer a saúde; - prevenção é tentar trazer o paciente antes dele ficar doente; - média de tempo das visitas: 18 minutos; - utiliza modalidades típicas e benéficas de comunicação; - utiliza mais recursos que dificultam a comunicação. 	1	<ul style="list-style-type: none"> - F; E.M.C.; 9 meses de profissão; - saúde como ausência de doença; - doença como falta de perspectiva; - não há diferença entre promoção e prevenção; - média de tempo das visitas: 16 minutos; - utiliza modalidades típicas e benéficas; - utiliza mais recursos que dificultam a comunicação;
2	<ul style="list-style-type: none"> - F; E.M.C.; 7 meses de profissão; - visão positiva de saúde; - doença como desequilíbrio; - não há diferença entre promoção e prevenção; - média de tempo das visitas: 16 minutos; - utiliza modalidades típicas de comunicação; - utiliza mais recursos que facilitam a comunicação 	2	<ul style="list-style-type: none"> - F; E.M.C.; 1 ano de profissão; - visão positiva de saúde; - doença como falta de saúde (sensações corporais); - promoção da saúde é estimular a pessoa a ter hábitos saudáveis; - prevenção de doenças é orientar para não ter complicação maior; - média de tempo das visitas: 30 minutos; - utiliza modalidades típicas e benéficas de comunicação; - utiliza mais recursos que dificultam a comunicação.
3	<ul style="list-style-type: none"> - F; E.M.C.; 10 anos de profissão; - visão positiva de saúde; - doença como algo concreto (sensações corporais); - não há diferença entre promoção e prevenção; - média de tempo das visitas: 21 minutos; - utiliza modalidades benéficas de comunicação; - utiliza mais recursos que facilitam a comunicação. 	3	<ul style="list-style-type: none"> - F; E.S.C.; 2 anos de profissão; - visão positiva de saúde; - doença como falta de perspectiva; - promoção da saúde é levar qualidade de vida para a pessoa; - prevenção de doenças é orientar sobre as doenças; - média de tempo das visitas: 15 minutos; - utiliza modalidades típicas e benéficas de comunicação; - utiliza mais recursos que dificultam a comunicação.
4	<ul style="list-style-type: none"> - F; E.M.C.; 8 meses de profissão; - visão positiva de saúde; - doença como falta de saúde (sensações corporais); - não há diferença entre promoção e prevenção; - média de tempo das visitas: 17 minutos; - utiliza modalidades típicas de comunicação; - utiliza mais recursos que dificultam a comunicação. 	4	<ul style="list-style-type: none"> - F; E.M.C.; 14 anos de profissão; - visão positiva de saúde; - doença como algo concreto (sensações corporais); - não há diferença entre promoção e prevenção; - média de tempo das visitas: 18 minutos; - utiliza modalidades típicas e benéficas de comunicação; - utiliza mais recursos que facilitam a comunicação.

Tanto a composição da amostra quanto a constituição das equipes contam com maior participação feminina. Na UBSF 2 as equipes eram compostas apenas por ACSs do sexo feminino. Diante deste dado, alguns teóricos como Helman (2003) afirmam que as mulheres aparecem como as principais responsáveis pela assistência à saúde, que ocorre tanto nos setores informal e popular, onde a maior parte da assistência primária à saúde ocorre nos núcleos familiares, realizada por mães e avós, quanto no setor profissional, em que a maioria dos profissionais da saúde é do sexo feminino.

O tempo de profissão não se mostrou uma variável que representasse o relato de concepções mais satisfatórias, uma vez que, a visão integrada de saúde foi relatada tanto por profissionais com menor quanto com maior tempo de exercício profissional. Como também, concepções sobre promoção da saúde condizentes com a literatura (Maldonado & Canela, 2003; Van Der Molen & Lang, 2007; Sucupira, 2007a).

No entanto, na observação da atuação profissional, das três ACSs que ingressaram a menos tempo na profissão, duas demonstraram comportamentos classificados dentre as modalidades típicas de comunicação, embora estes comportamentos estejam mais associados ao perfil pessoal do que propriamente com o exercício profissional.

5.3. Sistematização dos Resultados do Estudo 2

Da mesma forma como foi apresentado para o Estudo 1, realizou-se um esquema sintetizando os resultados do Estudo 2, que está caracterizado na Figura 3.

Neste esquema foi incluída a categoria 'Atuação', para além do tripé Saúde, Promoção da Saúde e Comunicação, revelada por meio da aplicação do formulário de atividades. Considerando a frequência com que as ações são desenvolvidas pelos ACSs, pode-se inferir que há ênfase para as atividades de prevenção em detrimento das de promoção. E ainda, fazendo um paralelo entre as formas de empoderamento possivelmente fomentadas pelos participantes, pode-se destacar o psicológico e/ou individual, ainda que desconheçam esta ferramenta, ou mesmo seu impacto sobre o autocuidado em saúde.

No que concernem os dados sobre 'Comunicação', foi revelada certa homogeneidade nos resultados, ou seja, os comportamentos observados não se mostraram muito discrepantes entre um profissional e outro da mesma UBSF ou de UBSFs distintas.

Na categoria 'Promoção da Saúde' merece destaque o relato que se aproxima do grupo de teóricos que entendem que para promover saúde é preciso transpor a mudança comportamental relacionada ao estilo de vida dos usuários e articular a inter-relação dos inúmeros fatores que influenciam a saúde das pessoas, refletindo a ação integral e intersetorial.

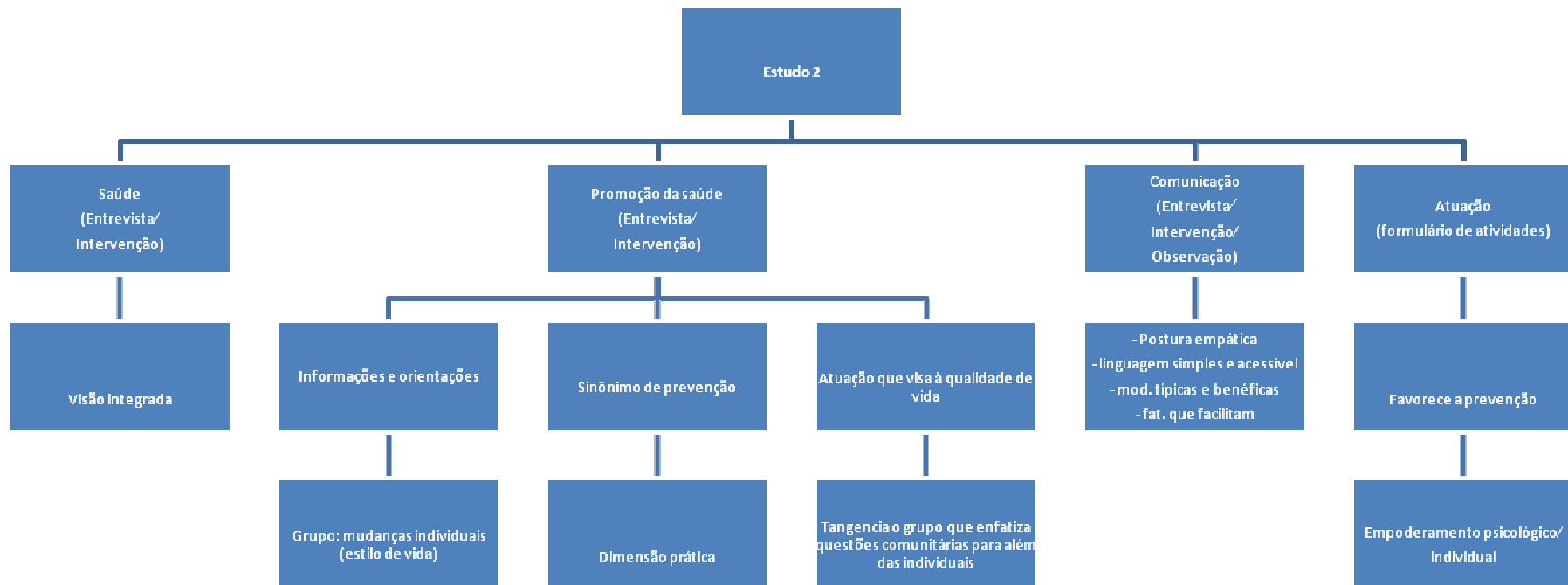


Figura 3. Esquema representativo da sistematização dos resultados do Estudo 2.

5.4 . Possíveis Comparações entre os Estudos 1 e 2

Apesar das distinções entre os Estudos 1 e 2, existem similitudes que permitem estabelecer comparações no que concerne às questões conceituais em saúde e à comunicação estabelecida entre os ACSs e os usuários.

Cabe esclarecer que mesmo com siglas diferentes para nomear os locais de desenvolvimento da pesquisa, USB para o Estudo 1 e UBSF para o Estudo 2, em ambas as unidades os ACSs compunham equipes do PSF, não havendo nenhuma mudança quanto às condições de trabalho e atividades desempenhadas.

É notável a insatisfação em relação à qualificação e formação continuada entre os profissionais de ambos os Estudos. Esta necessidade é identificada tanto por ACSs com mais quanto com menos tempo de experiência profissional. Insatisfação cujas raízes se encontram na defasagem da formação em nível técnico dos ACSs, pois segundo Morosini e Martins (2007) existe uma complexidade inerente à configuração do trabalho deste profissional, para a qual é necessário um respaldo teórico-prático que transcende o campo da saúde, pois este profissional lida com questões relativas à cidadania, à política, às condições de vida, à organização da comunidade e às relações sociofamiliares, que se inscrevem nas esferas da educação, do ambiente e da assistência social. E atender esta complexidade configura-se um desafio que precisa ser superado pelos responsáveis na operacionalização dos cursos técnicos.

Tendo em vista os registros das observações da atuação do ACS nas visitas domiciliares, o protocolo previa anotações visando caracterizar a microárea que o profissional destinava suas ações. Esses dados revelam diferenças consideráveis entre os Estudos, que merecem atenção.

Os bairros atendidos pelos ACSs no Estudo 1, compreendem microáreas bem heterogêneas ao que tange a rede de saneamento básico, pavimentação das ruas e estrutura das casas. Por um lado, os dados evidenciam que nas microáreas que abrangiam o centro do comércio e as proximidades da UBS, encontravam-se ruas pavimentadas, casas de alvenaria e saneamento básico. Por outro lado, foi possível constatar microáreas extremamente carentes, com ruas sem pavimentação e saneamento básico. Algumas ruas ficavam intransitáveis por acumularem água da chuva. Nessas localidades as casas eram construídas com lona, tábuas e outros materiais improvisados.

Já no Estudo 2, as observações oportunizaram identificar microáreas melhor estruturadas, em que praticamente todos os bairros possuíam ruas pavimentadas, casas de alvenaria e melhores condições de saneamento básico.

Baseando-se nas sistematizações realizadas entre os Estudos merecem destaque:

- 'Saúde': Apenas no Estudo 1 os ACSs tiveram dificuldades em definir saúde ou ainda, relacionaram-na com ausência de doenças. No Estudo 2, todos os participantes revelaram possuir visão integrada de saúde.

- 'Promoção da Saúde': Em ambos os Estudos este termo é relacionado a orientações e informações direcionadas aos usuários, no entanto, apenas no Estudo 2 a concepção revelada por um participante tangencia sutilmente o entendimento de um grupo de teóricos que acreditam que promover saúde dependem da ação conjunta entre as esferas política, legislativa, fiscal e administrativa, para além do desenvolvimento de habilidades individuais. E ainda, as confusões na distinção entre promoção e prevenção são identificadas nos dois Estudos, em especial, ao se tratar da dimensão prática.

- 'Comunicação': De um lado, no Estudo 1 observou-se comportamentos bem distintos, considerando os dois ACSs observados em sua atuação profissional, enquanto um expressou um perfil mais próximo do modelo biomédico, com autoritarismos, imposições, ordens, retratando exclusivamente a modalidade típica de comunicação, o outro demonstrou uma atuação condizente com o modelo biopsicossocial, estabelecendo uma relação mais próxima e envolvida com os problemas de cada família visitada, favorecendo os fatores facilitadores da comunicação próprios da modalidade benéfica. Por outro, no Estudo 2 os comportamentos foram mais homogêneos e, de modo geral, os ACSs adotaram uma postura empática, utilizando linguagem simples e acessível à demanda assistida e mesmo apresentando tanto modalidades típicas quanto benéficas de comunicação. Uma não se sobrepôs a outra, mas foram emitidas de modo pertinente ao comportamento de cada usuário.

Frente a apresentação dos resultados de ambos os Estudos, a impressão sucitada é que espera-se que seja inato aos profissionais habilidades de comunicação e que os mesmos saibam educar. Pois, a política que regulamenta as premissas que balizam a formação e atuação destes ACSs não prevê discussões sobre estas questões. Como se bastasse o ACS ser da comunidade e comungar das mesmas necessidades e problemas que saberiam educar os demais.

Por um lado, identifica-se que o sistema deposita uma expectativa no desempenho do ACS que este não responde a essas expectativas. E por outro, que a política pouco oferece a este profissional tanto na formação técnica no momento do ingresso do mesmo a suas atividades, quanto na formação continuada, ao longo do exercício de suas funções, que o prepare ou lhe oportunize o respaldo necessário para romper os entraves encontrados ao atuarem com educação popular.

Outra questão que merece destaque consiste no fato de que o ACS é o único profissional inserido no SUS que não possui uma formação prévia, como, por exemplo, o enfermeiro e o médico. O que se percebe é que os modelos de atuação dos outros profissionais, de certa forma, influenciam e refletem o exercício de sua profissão. No entanto, a profissão de ACS surge para desempenhar ações bem pontuais, como promover e prevenir no âmbito da saúde, atividades que requerem que este profissional apresente habilidades ou competências de comunicação que respalde o desenvolvimento de tais atividades.

Considerando o delineamento da capacitação e do grupo de apoio, acredita-se ser importante clarificar que cursos de formação podem utilizar as seguintes estratégias:

- a) mais estruturadas, como foi a capacitação, em que se define previamente os conceitos a serem discutidos e com base nesses conceitos, há um manejo do grupo para que reflitam sobre sua atuação e desempenho na comunidade;
- b) menos estruturadas, como ocorreu no grupo de apoio, em que os temas discutidos emergem do grupo, evidenciando as necessidades e problemáticas vivenciadas ao longo da execução das atividades dos profissionais.

Os resultados revelam também que, por mais que o ACS possua um papel educativo e mesmo que seja esperado a esse profissional desenvolver ações de prevenção, promoção e educação em saúde, os participantes não se percebem como educadores, pelo fato de sinalizarem pouca iniciativa em desenvolverem ações educativas junto à comunidade, seja sozinhos ou juntamente com a equipe ou outros ACSs.

E, simplesmente o fato de não se perceberem como educadores, não adotam uma postura educativa, atuando meramente como transmissores de informações, não favorecendo um maior envolvimento e reflexão com os usuários, nem mesmo sensibilizá-los para a mudança de comportamento.

5.5. Limitações do Estudo

Ao realizar um estudo multimetodológico com o intuito de abstrair as várias faces de um fenômeno, muitos são os entraves que podem dificultar esta abstração. Dentre as limitações evidenciadas ao longo da implementação e execução do presente estudo, pode-se iniciar pelo tamanho da amostra, pois mesmo que a trajetória metodológica percorrida tenha dificultado o trabalho com um número maior de ACSs, reconhece-se a dificuldade de conclusões generalistas.

Sendo assim, pela limitação do número da amostra e do número de visitas realizadas com cada profissional, não é possível afirmar a real representatividade do perfil comunicacional e relacional dos ACSs, ou mesmo, se os resultados registrados correspondem às características pessoais e profissionais dos participantes. O que só poderá ser evidenciado com a realização de pesquisas semelhantes envolvendo amostras que representem o número de profissionais em cada distrito de saúde.

A avaliação da capacitação poderia ter apontado resultados mais consistentes se a pesquisadora tivesse contado com apoio de auxiliares para a condução da coleta de dados. O número de encontros, tal como foi inicialmente proposto, poderia ter repercutido por um lado, em discussões mais aprofundadas e por outro, na repetição e saturação dos dados evidenciados com os cinco encontros implementados.

O estudo foi conduzido exclusivamente pela persistência e esforço da pesquisadora, que não conseguiu contar com o apoio efetivo de nenhum auxiliar de pesquisa. Apenas na realização da Oficina do Estudo 1, houve a participação de uma observadora. Já para o Estudo 2, estava previsto a participação de dois auxiliares, alunos de iniciação científica, de uma universidade particular de Campo Grande, MS, cujos projetos versavam sobre a temática da Saúde Pública. Contudo, quando a pesquisadora retomou o contato para o início da pesquisa foi informada sobre mudanças consideráveis no projeto e participação dos alunos e que um novo agrupamento poderia ser feito, mas demandaria certo tempo, o que inviabilizaria o início da pesquisa no período previsto. Assim, a pesquisadora iniciou o estudo sem auxiliares.

Acredita-se que uma das maiores dificuldades enfrentadas pela pesquisadora no decorrer da coleta de dados foi a ausência de auxiliares, principalmente quanto ao emprego da metodologia observacional e das atividades em grupo, que requerem a participação de colaboradores para melhor condução da atividade, registro e análise dos dados.

No que concerne a metodologia observacional, como não foi possível o registro audiovisual, pela configuração da coleta, tanto o registro quanto a análise dos dados foram prejudicadas, pois como a pesquisadora não possuía auxiliares para realizarem o registro simultâneo para posterior comparação, requereu da mesma uma habilidade para que a maioria dos comportamentos fosse registrada no momento da visita.

Diante do que foi exposto no decorrer deste capítulo e ao refletir sobre as limitações com que esta pesquisa se deparou, recomenda-se que:

- estudos utilizem amostras mais representativas do número de ACSs para cada unidade de saúde pesquisada;
- na impossibilidade na utilização do recurso audiovisual para a coleta de dados e na inexistência de um *setting* em que uma câmera filmadora possa ser posicionada em um lugar estratégico, como ocorre no âmbito da Saúde Comunitária, torna-se imprescindível treinar uma ou duas pessoas que possam registrar, juntamente com o pesquisador, os dados para uma posterior validação dos protocolos a serem analisados. Ou seja, havendo menos de 75% de correspondência entre os protocolos aplicados simultaneamente, eles devem ser desprezados por não retratar o evento observado;
- sejam realizados estudos que investiguem a comunicação entre outros profissionais da saúde na esfera da atenção primária, pois muitas vezes os ACSs precisam dirimir dúvidas dos usuários que não foram sanadas na consulta com o médico ou com o enfermeiro;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção apresenta-se uma síntese conclusiva dos resultados discutidos anteriormente, clarificando as contribuições para o campo teórico e prático da Psicologia da Saúde Comunitária e interfaces, além de indicar sugestões para a realização de trabalhos futuros.

Tendo em vista os avanços obtidos com a reforma sanitária, a implantação do SUS, os discursos e iniciativas voltadas à saúde coletiva têm oportunizado espaço para a participação popular e favorecido condições mais igualitárias, justas e democráticas. O PSF se caracteriza como uma estratégia capaz de facilitar a operacionalização desta participação pela proximidade de seus profissionais com a comunidade, prestando um atendimento mais humanizado e comprometido, tanto com a população quanto com a transformação local.

E neste contexto, o ACS possui um grande potencial para permitir a aproximação dos serviços com os usuários. Porém, na prática, ainda percebe-se o predomínio do modelo centrado na doença, com caráter fiscalizador e avaliativo da conduta dos membros da comunidade. Atitudes reforçadas por situações hierárquicas do sistema de saúde.

Mesmo que haja avanços no discurso em saúde, com ênfase para a melhoria das condições de vida da população e transformação da realidade local, ainda é forte a presença da prática comunicativa tradicional, baseada apenas na transmissão de informações, com vozes dominantes e valorização de discursos verticalizados.

Preconiza-se o estabelecimento de uma relação mais dialógica e participativa, visando desenvolver e aprimorar as competências instituídas para o trabalho do ACS, agregando maior autonomia, iniciativa e compromisso a estes profissionais. Todavia, se os ACSs não mudarem de postura e tentarem participar mais do planejamento, avaliação e dar voz a suas inquietações e dificuldades nas reuniões, dificilmente irão apresentar estas características, continuando reproduzindo uma conduta técnica e descompromissada.

Entende-se que a comunicação em saúde possui um potencial para além da cobertura jornalística dos fatos e acontecimento relacionados à área, da divulgação de informações nos veículos e da disseminação de campanhas nacionais, colaborando essencialmente com as práticas educativas direcionadas tanto aos profissionais quanto à comunidade. Ou seja, se constitui em um processo social e educativo, mais do que informativo. Configurando-se como ferramenta primordial para a efetividade das ações em promoção da saúde.

A valorização do papel desempenhado pelo ACS e da relação que este estabelece com os membros da comunidade é imprescindível, mesmo porque este profissional encontra-se na intersecção de conjuntos com roteiros, valores, ritmos e linguagens distintas, em que se processa uma comunicação singular, com fluxos que combinam diversos percursos históricos e sociais, o que retrata a complexidade da atuação do ACS.

Com os dados, foi possível constatar que os ACSs possuem dificuldades em estabelecer diferenças entre promoção da saúde e prevenção de doenças. Contudo, esta diferenciação é importante, pois mesmo que as atuações nestes dois âmbitos estejam muito próximas, têm objetivos diferentes. As atividades em grupo consistiram apenas em um dos vários momentos que esses profissionais precisam para dirimir dúvidas, adquirir novos conhecimentos e aprimorar o trabalho com a comunidade.

Embora a maioria dos ACSs tenha revelado uma visão positiva de saúde, isso não repercutiu na facilidade para delinear o conceito e as atuações de promoção. Talvez isto se explique pelo fato de que o conceito de saúde é mais discutido do que a promoção da mesma, e como os participantes não têm momentos de discussões e aquisição de novos conhecimentos sobre o assunto, que é a formação continuada, dificilmente conseguirão sanar este dilema teórico-prático.

Levando em consideração que a legislação profissional do ACS prevê que esse profissional deva atuar prioritariamente com promoção da saúde e prevenção de doenças, estes relatos remetem ao seguinte questionamento: Será que as ações de prevenção de doenças estão sendo enfatizadas em detrimento das atividades de promoção da saúde? Ou ainda, será que ações de promoção da saúde estão realmente sendo desenvolvidas? Estas são apenas algumas das questões levantadas diante dos resultados alcançados.

Talvez, isto não se deva ao não cumprimento profissional, mas sim, à defasagem na formação destes profissionais, uma vez que eles não possuem formação continuada, ou seja, não lhes é oportunizado espaços para o aprimoramento de suas intervenções. Em geral, os ACSs se mostraram insatisfeitos quanto à falta de apoio da equipe e da gerência.

Na observação das visitas, constatou-se considerável distinção quanto à atuação entre os profissionais, especialmente no Estudo1. Enquanto alguns adotam uma postura mais autoritária, própria do modelo biomédico, apresentando formas típicas de comunicação, como dar ordens, outros se mostram bem mais envolvidos e comprometidos com as ações que desenvolvem, condizentes com o modelo biopsicossocial, apresentando formas benéficas de comunicação, como a resolução conjunta dos impasses e a orientação antecipatória.

Considerando que a comunicação não envolve apenas a capacidade de utilizar uma linguagem clara e cognoscível, mas, sobretudo, de escutar o outro de forma acolhedora, para sensibilizar e mobilizar o outro é necessário reconhecer a singularidade subjetiva própria de cada pessoa e não simplesmente conceder-lhe informação para o aprimoramento de seu entendimento conceitual.

Todavia, para avançar na busca por esse ideal de relacionamento, é necessário romper com a prática de culpabilização do outro e repensar a conduta no sentido de todos assumirem a responsabilidade de promover transformações.

Neste sentido, não parece ser muito eficiente que o ACS repita incansáveis vezes a mesma informação, mas buscar entender quais são as variáveis, sejam elas sociais, econômicas,

emocionais ou mesmo racionais, que estão atuando para impedir que o usuário adote determinado comportamento.

A consolidação de uma nova postura compromissada se processa a cada momento de troca travado no cotidiano, contudo, os avanços mais significativos têm sido percebidos com a edificação e fortalecimento de espaços coletivos organizados, onde se preconiza a horizontalidade nos processos comunicacionais e educativos, enfatizando tanto os espaços destinados aos profissionais da equipe, quanto os de interlocução com os usuários.

As atividades em grupo implementadas por este Estudo, ou seja, a Oficina no Estudo 1 e a Capacitação no Estudo 2, foram propostas visando cumprir dois propósitos distintos, transmitir conhecimento e refletir sobre os preceitos da promoção da saúde, e ainda, sensibilizar os ACSs para essa relação horizontalizada estabelecida com os membros da comunidade.

Estas intervenções somam-se a outras iniciativas isoladas que identificam inúmeras fragilidades existentes tanto na formação quanto na qualificação profissional dos ACSs. No entanto, iniciativas como estas apenas oportunizam a reflexão sobre determinadas questões, mas não agregam força suficiente para promover as mudanças necessárias ao contexto de trabalho destes profissionais.

Acredita-se ser importante existir um movimento constante no sentido de garantir aos ACSs educação permanente para que desenvolvam plenamente suas capacidades, estimulando-as a realizar um trabalho comunitário participativo, reflexivo e transformador. E ainda, como a competência comunicacional não é inata, ela pode ser fomentada por meio desta aprendizagem permanente.

A metodologia da educação problematizadora tem se mostrado um poderoso recurso em Psicologia da Saúde Comunitária para o alcance de uma atuação na e com a comunidade, munindo estes profissionais com recursos que os torna capazes de promover encontros com os usuários e que estes possam refletir sobre suas vidas, identificar suas necessidades e agir coletivamente em prol de melhores condições de vida. Caracterizando os ACSs como efetivos agentes de mudança e de incentivo à participação comunitária, referendando seu protagonismo social.

De fato, o investimento na participação comunitária e no exercício da cidadania é consistem em elementos fundamentais no fortalecimento da promoção da saúde. Partindo dessa perspectiva, os ACSs podem contribuir para desencadear um processo de envolvimento das lideranças locais na discussão sobre os problemas de saúde e seus determinantes sociais.

O ACS é um ator que reúne potencialmente condições privilegiadas para desenvolver um trabalho de propiciar e favorecer a participação e ação comunitária. Quando selecionado com o perfil esperado, subsidiado por um processo de capacitação/formação e apoiado pela equipe de saúde, esse profissional agrega características importantes que o habilita ao papel incentivador de processos de participação, que levam ao empoderamento dos usuários e comunidades.

Talvez, um maior investimento no agente comunitário em detrimento do agente de saúde poderia contribuir para uma atuação menos centrada na doença e mais focada nas condições geradoras dos problemas de saúde identificados nas comunidades.

Acredita-se que o maior desafio a ser superado pelas equipes de saúde é desenvolver competências para trabalhar a contradição entre um possível ideal de saúde e a situação real e concreta vivida pelos usuários e comunidades, na perspectiva da autonomia e do empoderamento destes atores e das equipes.

Essas competências podem ser desenvolvidas por meio de capacitações e qualificação profissional visando romper com as amarras da formação dos profissionais de saúde, cuja maioria ainda está pautada em aspectos biomédicos, técnicos e assistenciais que tendem a negligenciar aspectos centrais como a comunicação, essencial para a humanização dos serviços.

Ponderando juntamente com Teixeira (2004), essas competências comunicacionais estão baseadas em: competências básicas como escuta ativa, perguntas abertas e técnicas facilitadoras; treino assertivo; resolução de conflitos e negociação; transmissão de más notícias; e, transmissão de informação sobre medidas preventivas, exames, tratamento e autocuidado, enfatizando os comportamentos desejáveis.

Tais evidências sugerem a implementação de investigações para conhecer melhor o trabalho dos ACSs, com o objetivo de identificar fragilidades na formação e atuação deste profissional. E ainda, estudos que lhes oportunizem momentos de discussão e aprimoramento de seus conhecimentos sobre questões de saúde pública, com adoção de metodologias participativas, nas quais o ACS possa contribuir efetivamente para sua formação.

REFERÊNCIAS

- Adam, P., & Herzlich, C. (2001). *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru/SP: EDUSC.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1970). The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. *Journal of Experimental Social Psychology*, 6, 466-487.
- Almeida, E. Z. (2008). *As concepções do agente comunitário de saúde sobre promoção da saúde*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Alves, P. C. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 263-271.
- Araújo, I. S., & Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Araújo, I. S. (2004). Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 8(14), 165-177.
- Araújo, I. S. (2007). Comunicação e saúde. In C. M. Martins (Ed.). *Educação e Saúde* (pp. 101-124) Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Araújo, L. F., Castanha, A. R., Barros, A. P. R., & Castanha, C. R. (2006). Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 827-836.
- Araujo, T. C. C. F. (2001). Notícia: Segunda conferência internacional reconstruindo a psicologia da saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(2), 199-200.
- Araujo, T. C. C. F. (2009). Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-13.
- Ávila, M. M. M. (2011). O programa de agente comunitário de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 349-360.
- Bachilli, R. G., Scavassa, A. J., & Spiri, W. C. (2008). A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 51-60.
- Baglini, V., Favaro, E. A., Ferreira, A. C., Chiaravalloti Neto, F., Mondini, A., Dibo, M. R., Barbosa, A. A. C., Ferraz, A. A., & Cesarino, M. B. (2005). Atividades de controle do dengue na visão de seus agentes e da população atendida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1142-1152.
- Barcellos, C. S. N., Pandolfi, M., & Miotto, M. H. M. B. (2006). Perfil do agente comunitário de saúde (ACS) de Vitória – ES. *UFES – Revista de Odontologia*, 8(1), 21-28.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, D. F., Barbieri, A. R., Ivo, M. L., & Silva, M. G. (2010). O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *Texto e Contexto Enfermagem*, 19(1), 78-84.

- Barros, M. M. M., Chagas, M. I. O., & Dias, M. S. A. (2009). Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 227-232.
- Batista, C. G. (1996). Observação do comportamento. In L. Pasquali (Ed.). *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento* (pp. 263-303). Brasília: INEP.
- Beltrán, L. R. (1981). Adeus a Aristóteles: comunicação horizontal. *Comunicação & Sociedade*, 3(6), 43-50.
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), p. 561-571.
- Bezerra, A. F. B., Espírito Santo, A. C. G., & Batista Filho, M. (2005). Concepções e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 809-815.
- Birman, J. (2005). A Physis da Saúde Coletiva. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 15(supl.), 11-16.
- Bornstein, V. J., & Stotz, E. N. (2008). O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a mediação convencidora e a transformação. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 457-480.
- Brigadão, J. I., & Gonçalves, R. (2009). Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. *Paidéia*, 19(44), 387-393.
- Brito, S. M. O., & Domingos Sobrinho, M. (2009). Os sentidos da educação em saúde para agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(4), 669-676.
- Burke, P. (2002). *História e teoria social*. São Paulo: Editora UNESP.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Eds.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências* (pp.15-38). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Calatayud, F. M. (2009). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Koyatún Editorial.
- Caldeira, A. P., Aguiar, G. N., Magalhães, W. A. C., & Fagundes, G. C. (2007). Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1965-1970.
- Camargo-Borges, C., & Japur, M. (2005). Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 9(18), 507-519.

- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(1), 14-21.
- Campinas, L. L. S. L., & Almeida, M. M. M. B. (2004). Agentes comunitários de saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no programa de saúde da família. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 12(3), 145-154.
- Campos, A. P., & Romagnoli, R. C. (2007). Os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental. *Mental*, 5(9), 49-99.
- Campos, R. H. F. (2000). Introdução: a psicologia comunitária. In R. H. F. Campos (Ed.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia* (4ª ed., pp. 9-15). Petrópolis: Vozes.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, 3(1 e 2), 51-74.
- Campos, G. W. S., Barros, R. B., & Castro, A. M. (2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 745-749.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: Repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 139-46.
- Cardoso, A. S., & Nascimento, M. C. (2010). Comunicação no programa saúde da família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl.1), 1509-1520.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095.
- Castanha, A. R., & Araújo, L. F. (2006a). Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca da AIDS. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(1), 17-30.
- Castanha, A. R., & Araújo, L. F. (2006b). Alcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. *Psico-USF*, 11(1), 85-94.
- Castiel, L. D. (2004). Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria ‘comunidade’. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 615-622.
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Brasília. Recuperado em 20 maio 2009, de <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>.
- Cosnier, J. (1994). Les interactions en milieu soignant. In J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste (Eds.). *Soins et communication: approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 17-32). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Costa Neto, S. B. (1994). *Fatores do processo de tomada de decisão de uma equipe de sapude numa instituição de tratamento a irradiados por fonte ionizante : um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF.

- Cozer, T. B., Miotto, M. H. M. B., & Pandolfi, M. (2008). Perfil do agente comunitário de saúde de Colatina, Espírito Santo. *UFES – Revista de Odontologia*, 10(3), 31-36.
- Cruz, L., Freitas, M. F. Q., & Amoretti, J. (2008). Psicologia social comunitaria. In E. Saforcada, & J. C. Sarriera (Eds.). *Enfoques conceptuales y técnicos em psicología comunitaria* (pp. 91-111). Buenos Aires: Paidós.
- Cruz, P. S., & Oda, J. Y. (2009). Atuação dos agentes comunitários de saúde no programa de controle da hanseníase em um município do noroeste do Paraná. *Arquivos Ciências e Saúde – UNIPAR*, 13(3), 217-222.
- Cunha, M. B., & Frigotto, G. (2010). O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 14(35), 811-823.
- Cyrino, A. P., & Cyrino, E. G. (1997). Integrando comunicação, saúde e educação: a experiência do UNI-Botucatu. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1), 157-168.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Eds.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências* (pp.39-54). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Danna, M. F., & Matos, M. A. (1999). *Ensinando observação: uma introdução*. 4ª ed. São Paulo: Edicon.
- Decreto no 3.189, de 4 de outubro de 1999 (1999). *Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências*. Brasília, DF, 1999. Retirado em 08 fev. 2011, de www.saude.gov.br.
- Dela Coleta, M. F. (1999). O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em Psicologia*, 7(2), 175-182.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14.
- Delors, J. (1999). *Educação: um tesouro a descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Brasília, DF.
- Dias, M. R., Duque, A. F., Silva, M. G., & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3(22), 463-473.
- Dimenstein, M., Cabral, C. M. T., Severo, A. K. S., Brito, M. A., & Alvarenga, A. R. (2007). Saberes e fazeres de agentes comunitários de saúde frente à experiência da loucura. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1), 87-95.
- Duarte, L. R., Silva, D. S. J. R., & Cardoso, S. H. (2007). Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 439-447.
- Durães-Pereira, M. B. B. B. (2009). “Laços do Saber”: experiência singular na docência da capacitação técnica do agente comunitário de saúde (ACS), na periferia do município de São

- Paulo, subprefeitura Capela do Socorro – supervisão técnica de saúde Capela do Socorro. *Saúde e Sociedade*, 18(supl.2), 96-99.
- Elias, P. E., Ferreira, C. W., Alves, M. C. G., Cohn, A., Kishima, V., Escrivão Junior, A., Gomes, A., & Bousquat, A. (2006). Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 633-641.
- Enskar, K., & Essen, L. (2000). Important aspects of care and assistance for children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 17, 239-249.
- Enumo, S. R. F. (2003). Pesquisas sobre Psicologia & Saúde: uma proposta de análise. In Z. A. Trindade, & A. N. de Andrade (Eds.). *Psicologia e Saúde: um campo em construção* (pp. 11-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Epstein, I. (2001). Comunicação e saúde. *Comunicação & Sociedade*, 35(1), 159-186.
- Epstein, R. M., Alper, B. S., & Quill, T. E. (2004). Communicating evidence for participatory decision making. *Journal of American Medical Association*, 291(19), 2359-2366.
- Favoreto, C. A. O., & Cabral, C. C. (2009). Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 7-18.
- Feneric, S. R. G., Pereira, W. A. B., & Zeoula, F. M. (2004). Saúde mental e programa de saúde da família: percepções do agente comunitário de saúde. *Psicologia Hospitalar*, 2(2), 1-18.
- Ferraz, L., & Aertz, D. R. G. C. (2005). O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 347-355.
- Ferreira, V. S. C., Andrade, C. S., Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2009). O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 898-906.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1974a). Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 81, 59-74.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1974b). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-387.
- Flick, U. (1992) Combining methods: lack of methodology. *Ongoing Productions on Social Representation*, 1(1), 43-48.
- Flores, O. (2007). *O agente comunitário de saúde: caracterização de sua formação sócio-histórica como educador em saúde*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília.
- Flores, O., Sousa, M. F., & Merchán-Hamann, E. (2008). Agentes comunitários de saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 19(2), 123-136.

- Fonseca, R. M. G. S., Leal, A. E. R. B., Skubs, T., Guedes, R. N., & Egry, E. Y. (2009). Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 974-980.
- Fonseca, R. P., Trentini, C. M., Valli, F., & Silva, R. A. N. (2008). Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1275-1284.
- Ford, L. A., & Yep, G. A. (2008). Working along the margins: developing community-based strategies for communicating about health with marginalized groups. In T. L. Thompson, A. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrott (Eds.). *Handbook of health communication* (pp.241-261). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fortes, P. A. C., & Spinetti, S. R. (2004a). O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1328-1333.
- Fortes, P. A. C., & Spinetti, S. R. (2004b). A informação nas relações entre os agentes comunitários de saúde e os usuários do programa de saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 13(2), 70-75.
- Foucault, M. (1972). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Graal.
- Fracolli, L. A., & Almeida, E. Z. (2011). Teoria e prática da promoção da saúde: as concepções dos agentes comunitários de saúde. *O Mundo da Saúde*, 35(2), 137-144.
- Fragelli, T. B. O., & Günther, I. A. (2008). A promoção de saúde na perspectiva social ecológica. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(2), 151-158.
- Franco, S. L. R. (2006). Comunicação e psicologia: algumas interfaces. In *Resumos de Comunicações Científicas. UNESCO – Congresso Multidisciplinar de Comunicação para o Desenvolvimento Regional* (p. 1-9). São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Frank, K., Zhao, Y., & Borman, K. (2004). Social capital and the diffusion of innovations within organizations: the case of computer technology in schools. *Sociology of Education*, 77(2), 148-171.
- Frazão, P., & Marques, D. S. C. (2006). Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimento de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 131-144.
- Frazão, P., & Marques, D. S. C. (2009). Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 463-471.
- Freire, M. T. M., & Vilar, G. (2006). Comunicação e educação: processos interativos para a promoção da saúde. *UNirevista*, 3(1), 1-11.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Freitas, C. M. (2003). A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Eds.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências* (pp.141-159). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Galavote, H. S., Prado, T. N., Maciel, T. L. N., & Lima, R. C. D. (2011). Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na estratégia saúde da família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 231-240.
- Garnelo, L., Rocha, E., Peiter, P. C., Sampaio, S., Santos, E., Ponte, A. L., & Stauffer, A. (2009). Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(2), 373-385.
- Giacomini Filho, G., Gourlat, E. E., & Caprino, M. P. (2007). Difusão de inovações: apreciação crítica dos estudos de Rogers. *Revista FAMECOS*, 33(1), 41-45.
- Góis, C. W. L. (2008). *Saúde Comunitária: pensar e fazer*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Gomes, K. O., Cotta, R. M. M., Cherchiglia, M. L., & Batista, R. S. (2009). A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde e Sociedade*, 18(4), 744-755.
- Gomes, K. O., Cotta, R. M. M., Mitre, S. M., Batista, R. S., & Cherchiglia, M. L. (2010). O agente comunitário de saúde e a consolidação do sistema único de saúde: reflexões contemporâneas. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1143-1164.
- Guareschi, P. A. (2000). Relações comunitárias – relações de dominação. In R. H. F. Campos (Ed.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia* (4ª ed., pp. 81-99). Petrópolis: Vozes.
- Harada, O. L., & Soares, M. H. (2010). A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6(2), 315-336.
- Heidmann, I. T. S. B., Almeida, M. C. P., Boehs, A. E., Wosny, A. M., & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto e Contexto Enfermagem*, 15(2), 352-358.
- Helman, C. G. (2003). *Cultura, Saúde & Doença*. Porto Alegre: Artmed.
- Hildebrand, S. M., & Shimizu, H. E. (2008). Percepção do agente comunitário sobre o programa família saudável. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 319-324.
- Holanda, A. L. F., Barbosa, A. A. A., & Brito, E. W. G. (2009). Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl.1), 1507-1512.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Inojosa, R. M. (2008). Comunicação em saúde: o papel dos agentes comunitários de saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 2(1), 1-13.

- Israel, B., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, C. (1994). Health education and community empowerment conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Educational Quarterly*, 21(2), 149-170.
- Jangland, E., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling*, 75, 199-204.
- Jardim, T. A., & Lancman, S. (2009). Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 123-135.
- Kalichman S., & Hospers H. (1997). Efficacy of behavioral-skills enhancement HIV risk-reduction interventions in community settings. *AIDS*, 11 (suppl A), 191-199.
- Kluthcovsky, A. C. G. C., Takayanagui, A. M. M, Santos, C. B., & Kluthcovsky, F. A. (2007). Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(2), 176-183.
- Koelen, M. A., Vaandrager, L., & Colomé, C. (2001). Health promotion research: dilemmas and challenges. *Journal Epidemiology Community and Health*, 55, 257-262.
- Koyashiki, G. A. K., Alves-Souza, R. A., & Garanhami, M. L. (2008). O trabalho em saúde bucal do agente comunitário de saúde em unidades de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1343-1354.
- Laidlaw, T. S., MacLeod, H., Kaufman, D. M., Langille, D. B., & Sargeant, J. (2002). Implementing a communication skills programme in medical school: Needs assessment and programme change. *Medical Education*, 36, 115-124.
- Lambert, B. L., Street, R. L., Cegala, D. J., Smith, D. H., Kurtz, S., & Schofeild, T. (1997). Provider-patient communication, patient-centered care, and the mangle of practice. *Health Communication*, 9(1), 75-82.
- Lanzoni, G. M. M., Lino, M. M., Schveitzer, M. C., & Albuquerque, G. L. (2009). Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. *Revista RENE*, 10(4), 145-154.
- Leavell, H., & Clark, E. G. *Medicina preventiva*. (M. C. F. Donnangelo, M. Goldbaum, & U. S. Ramos, Trad.). São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil (Obra original publicada em 1965).
- Lee, J., & Schumann, D. W. (2002). The influence of communication source and mode on consumer adoption of technological innovations. *The Journal of Consumer Affairs*, 36(1), 1-27.
- Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (2002). Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Retirado em 20 abr. 2009, de www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10507.htm

- Leite, A. J. M., Sá, H. L. C., & Bessa, O. A. C. (2007). Habilidades de comunicação na consulta com crianças. In A. J. M. Leite, A. Caprara, & J. M. Coelho Filho (Eds.). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias* (pp. 91-137). São Paulo: Sarvier.
- Leite, R. F. B., & Veloso, T. M. G. (2008). Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 374-389.
- Levy, F. M., Matos, P. E. S., & Tomita, N. E. (2004). Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 197-203.
- Lewis, A. (1953). Health as a social concept. *British Journal of Sociology*, 4, 109-124.
- Lima, A. N., Silva, L., & Bousso, R. S. (2010). A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 889-897.
- Lima, J. C., & Moura, M. C. (2005). Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. *Sociedade e Estado*, 20(1), 103-133.
- Maciel, E. L. N., Vieira, R. C. A., Milani, E. C., Brasil, M., Fregona, G., & Dietze, R. (2008). O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6), 1377-1386.
- Maldonado, M. T., & Canella, P. (2003). *Recursos de relacionamento para profissionais da saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Marcondes, W. B. (2004). A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 5-13.
- Martines, W. R. V., & Chaves, E. C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 426-433.
- Martins, B. M. M. (2001). *Comunicação no contexto da reabilitação: o encontro entre enfermeiro e paciente em uma unidade de assistência aos lesados medulares*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Martins, J., Veríssimo, M. de L. Ó R., & Oliveira, M. A. (2008). Avaliação dos instrumentos do projeto “nossas crianças: janelas de oportunidades”, segundo agentes comunitários de saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, 17(1), 106-114.
- Marzari, C. K., Junges, J. R., & Selli, L. (2011). Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(supl.1), 873-880.
- Marziale, M. H. P., & Jesus, L. C. (2008). Modelos explicativos e de intervenção na promoção da saúde do trabalhador. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 654-659.
- McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.
- Mello, D. A. (2000). Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(4), 1149.

- Melo, M. B., Brant, L. C., Oliveira, L. A., & Santos, A. P. S. (2009). Qualificação de agente comunitário de saúde: instrumento de inclusão social. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(3), 463-477.
- Mendes, E. V. (1985). *A evolução histórica da prática médica*. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP.
- Mendes, E. V. (2001). *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.
- Mendes, E. V. (2006). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Mendonça, A. V. M. (2007). *Os processos de comunicação e o modelo todos-todos: uma relação possível com o programa saúde da família*. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da UnB.
- Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento*. 9. ed. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (1986). *Relatório final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, MS.
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2001a). *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2001b). *Programa agente comunitário de saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Retirado em 09 mai. 2009, de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>.
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília. Retirado em 09 out. 2010, de www.saude.gov.br.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006a). *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed., Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. (2006b). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde. (2007). *Atenção primária e promoção de saúde. Coleção progestores – Para entender a gestão do SUS*, 8. Brasília: CONASS. Retirado em 25 out. 2009, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009a). *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, Brasília, DF.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (2009b). *Clínica ampliada e compartilhada*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF.

- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2011). Relatório de credenciamento e implantação de agentes comunitários de saúde no Brasil entre janeiro de 1998 a dezembro de 2011. Recuperado em 21 fev. 2011, de http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php.
- Morosini, M. V. G. C., & Martins, C. M. (2007). Apresentação da coleção. In A. F. Fonseca, & A. B. Stauffer. (Eds.). *O processo histórico do trabalho em saúde* (pp. 11-16). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Pereira, I. B. (2007). Educação e saúde na prática do agente comunitário. In C. M. Martins (Ed.). *Educação e saúde* (pp. 13-34). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Mota, R. R. A., & David, H. M. S. L. (2010). A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trabalho, Educação e Saúde*, 8(2), 229-224.
- Moura, M. S., Carvalho, C. J., Amorim, J. T. C., Marques, M. F. S. S., Moura, L. F. A. D., & Mendes, R. F. (2010). Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl.1), 1487-1495.
- Muniz, J. N., Palha, P. F., Monroe, A. A., Gonzales, R. C., Ruffino Netto, A., & Villa, T. C. S. (2005). A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 315-321.
- Nascimento, E. P. L., & Correa, C. R. S. (2008). O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6), 1304-1313.
- Natansohn, G. (2004). Comunicação & saúde: interfaces e diálogos possíveis. *Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación*, 6(2), 38-52.
- Nepomuceno, L. B., Ximenes, V. M., Cidade, E. C., Mendonça, F. W. O., & Soares, C. A. (2008). Por uma psicologia comunitária como práxis de libertação. *Psico*, 39(4), 456-464.
- Nogueira, F. M., Vieira, R. C. P. A., & Vaz, U. P. (2009). Percepção de agentes comunitários de saúde sobre a intoxicação doméstica infantil. *Revista APS*, 12(1), 39-47.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 67(2), 143-154.
- Nunes, C. C., Amador, T. A., & Heineck, I. (2008). O medicamento na rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde de Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 85-94.
- Nunes, E. D. (1999). A relação médico/paciente como um sistema social: um texto de Henderson de 1935. In E. D. Nunes (Ed.). *Sobre a sociologia da saúde* (pp. 59-73) São Paulo: Hucitec.
- Nunes, M. O., Trad, L. B., Almeida, B. A., Homem, C. R., & Melo, M. C. I. C. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6), 1639-1646.

- Nunes, R. D. (2005). Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 15(1), 13-38.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 299-316.
- Parreira, C. (2003). *Contribuições da psicologia para a constituição de novos saberes e de práticas em promoção da saúde*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília [UnB], Brasília, DF.
- Peckham, M. (2001). Future health scenarios and public policy. In T. Heller, R. Muston, M. Sidell, & C. Lloyd (Eds.). *Working for health* (pp. 367-375) London: Open University/Sage.
- Pereira, B., Silva, K. S. S., & Souza, R. P. (2009). Um cidadão não nasce grandão. *Saúde e Sociedade*, 18(supl.2), 93-95.
- Pereira, M. A. O., Barbieri, L., Paula, V. P., & Franco, M. S. P. (2007). Saúde mental no programa de saúde da família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 227-232.
- Pinto, L. M. O. (2010). *Comunicação pediatra, paciente e acompanhante: uma análise comparativa entre níveis assistenciais*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, DF.
- Pires, R. O. M., Lopes Neto, F., Lopes, J. B., & Bueno, S. M. V. (2007). O conhecimento dos agentes comunitários sobre saúde bucal: uma perspectiva sobre deficiências em educação em saúde no PSF. *Ciência e Cuidado em Saúde*, 6(3), 325-334.
- Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997 (1997). Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF. Retirado em 02 mar. 2011, de www.saude.gov.br.
- Porter, R. (2001). The past, the present and the future. In T. Heller, R. Muston, M. Sidell, & C. Lloyd (Eds.). *Working for health* (pp. 3-10) London: Open University/Sage.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behavior. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Prochaska, J. O., Wright, J. A., & Velicer, W. F. (2008). Evaluating theories of health behavior change: a hierarchy of criteria applied to the transtheoretical model. *Applied Psychology: an international review*, 57 (4), 561-588.
- Pupin, V. M., & Cardoso, C. L. (2008). Agentes comunitários de saúde e os sentidos de “ser agente”. *Estudos de Psicologia*, 13(2), 157-163.
- Queiroz, E. (2003). *Trabalho em equipe no contexto hospitalar: uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, DF.

- Ramos, V. S. C. (1998). *A participação do paciente de reabilitação nas decisões sobre seu tratamento*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Reis, J. C. (1998). *O sorriso de Hipócrates: A interação biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega.
- Resende, M. C., Azevedo, E. G. F., Lourenço, L. R., Faria, L. S., Alves, N. F., Farina, N. P., Silva, N. C., & Oliveira, S. L. (2011). Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2115-2122.
- Rios, I. C. (2009). *Caminhos da humanização na saúde: práticas e reflexão*. São Paulo: Áurea Editora.
- Rodrigues, A. A. A. O., Santos, A. M., & Assis, M. M. A. (2010). Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 907-915.
- Rohr, R. I. I., & Miranda, D. C. (2010). Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre saneamento ambiental no município de Rio Novo do Sul – ES. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 2(1), 63-71.
- Rosa, A. S., Cavicchioli, M. G. S., & Brêtas, A. C. P. (2004). O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do SUS no Brasil. *Acta Paulistana de Enfermagem*, 17(3), 255-261.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rossetto-Mazza, M. M. P. R. (1994). A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 4(2), 60-68.
- Sá, A. (1973). *Fundamentos científicos da comunicação*. Petrópolis: Vozes.
- Saforcada, E., Lellis, M., & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Santos, K. T., Saliba, N. A., Moimaz, S. A. S., Arcieri, R. M., & Carvalho, M. L. (2011). Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do programa saúde da família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(supl.1), 1023-1028.
- Santos, L. P. G. S., & Fracolli, L. A. (2010). O agente comunitário de saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 4(4), 76-83.
- Santos, L. P. G. S. (2005). *A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde*. Dissertação de Mestrado. Escola de enfermagem. Universidade de São Paulo.
- Santos, M. R., Pieratoni, C. R., & Silva, L. L. (2010). Agentes comunitários de saúde: experiências e modelos do Brasil. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1165-1181.

- Sarcinelli, A. P., Bussadori, S. K., Carvalho, R. B., & Oliveira, A. E. (2011). O agente indígena de saúde como multiplicador de ações em saúde bucal coletiva. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 13(1), 17-23.
- Savard, M. (2004). Bridging the communication gap between physicians and their patients with physical symptoms of depression. *Primary Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry*, 6(1), 17-24.
- Scherer, C., & Juanillo Júnior, N. K. (2008). The continuing challenge of community health risk management and communication. In T. L. Thompson, A. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 221-240). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schimidt, M. L. S., & Neves, T. F. S. (2010). O trabalho do agente comunitário e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 13(2), 225-240.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Scliar, M. (2002). Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC.
- Sebastiani, R. W. (2000). Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva Latino-Americana. In V. A. Angerami-Camon (Ed.), *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica* (pp. 201-222). São Paulo: Guazzelli.
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542.
- Seoane, A. F., & Fortes, P. A. C. (2009). A percepção do usuário do programa saúde da família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas formações. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 42-49.
- Shankand, R., Saias, T., & Friboulet, D. (2009). De la prévention à la promotion de la santé: intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 14, 65-76.
- Sícoli, J. L., & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 101-122.
- Silva, C. A., Rocha, I. Q., Siqueira, M. C. G., Modesto, M. S. A., Silva, F. P., & Costa, A. M. F. (2009). Formação técnica do agente comunitário de saúde: desafios e conquistas da escola técnica de saúde do Tocantins. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(3), 609-621.
- Silva, J. A., & Dalmaso, A. S. W. (2002a). *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber e o fazer*. Rio de Janeiro: FICOCRUZ.
- Silva, J. A., & Dalmaso, A. S. W. (2002b). O Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10), 75-96.
- Silva, K. L., & Rodrigues, A. T. (2010). Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 762-769.

- Silva, M. J. P. (1996). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Gente.
- Silva, M. J. P. (2002). O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Revista de bioética*, 10(2), 73-88.
- Silva, M. M. F. (2009). *Promoção da saúde: percepção dos agentes comunitários de saúde a partir de sua formação e de sua prática*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Silva, N. H. L. P., & Cardoso, C. L. (2008). Agentes comunitários de saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 257-266.
- Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor.
- Silveira, P. S., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2009). Moralização sobre o uso do álcool entre agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 62-75.
- Simões, A. L. A., Rodrigues, F. R., Tavares, D. M. S., & Rodrigues, L. R. (2007). Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16(3), 439-444.
- Simões, L., Maciel, B., & Barbosa, C. S. (2007). Comunicação em saúde pública: transmissão e recepção de mensagens entre agentes de saúde e usuárias do programa de saúde da família (PSF) em Jaboatão dos Guararapes, PE. *Revista Comunicação em Saúde*, 3(1), 27-32.
- Sousa, M. F. (2001). *Agente comunitário de saúde: choque de povo*. São Paulo: Hucitec.
- Sousa, M. F., & Parreira, C. M. S. F. (2010). Ambientes verdes e saudáveis: formação dos agentes comunitários de saúde na cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 28(5), 399-404.
- Souza, E. M., & Grundy, E. (2004). Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1354-1360.
- Spink, M. J. P. (2010). Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In F. C. B. Campos (Ed.). *Psicologia e saúde: repensando práticas* (2ª ed., pp. 15-30). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Staliano, P., & Araujo, T. C. C. F. (2011). Promoção da saúde e prevenção de doenças: um estudo com agentes comunitários de saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 43-51.
- Staliano, P., Araujo, T. C. C. F., & Coêlho, A. E. L. (2009). Práticas emergentes em psicologia: atuação com agentes comunitários de saúde. *Psico*, 40(4), 473-477.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal Health Promotion*, 10(4), 282-298.

- Stokols, D. (1998). Conceptualizing the context of environment and behavior. *Journal Environmental Psychology*, 18(1), 103-112.
- Straub, R. O. (2007). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1995). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Editora Piaget.
- Suchocka, A., & Kovess-Masféty, V. (2006). Promotion et prevention en santé mentale chez les très jeunes enfants: revue de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques*, 164(1), 183-194.
- Sucupira, A. C. S. L. (2007a). Estrutura da consulta. In A. J. M. Leite, A. Caprara, & J. M. Coelho Filho (Eds). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias* (pp. 11-46). São Paulo: Sarvier.
- Sucupira, A. C. S. L. (2007b). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 619-635.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural Research* (pp.3-50). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Teixeira, C. (2001). *O futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade Editora.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
- Teixeira, R. R. (1997). Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 1(1), 7-40.
- Teixeira, R. R. (2005). Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 585-597.
- Telles, S. H., & Pimenta, A. M. C. (2009). Síndrome de *burnout* em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Sociedade*, 18(3), 467-478.
- Terpstra, J., Coleman, K. J., Simon, G., & Nebeker, C. (2009). The role of community health workers (CHWs) in health promotion research: ethical challenges and practical solutions. *Health Promotion Practice*, 20(10), 1-8.
- Tomaz, J. B. C. (2002). O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10), 75-94.
- Trapé, C. A., & Soares, C. B. (2007). Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 142-149.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Sup 2), 190-198.
- Traverso-Yépez, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 223-238.

- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Ursine, B. L., Trelha, C. S., & Nunes, E. F. P. A. (2010). O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 327-339.
- Valoura, L. C. (2006). *Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador*. Recuperado em 26 março 2009, de http://www.fatorbrasis.org/arquivos/Paulo_Freire.
- Van Der Molen, H. T., & Lang, G. (2007). Habilidades da consulta na escuta médica. In A. J. M. Leite, A. Caprara, & J. M. Coelho Filho (Eds.). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias* (pp. 47-66). São Paulo: Sarvier.
- Yunes, M. A. M., Garcia, N. M., & Albuquerque, B. M. (2007). Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 444-453.
- Yunes, M. A. M., Mendes, N. F., & Albuquerque, B. M. (2005). Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. *Texto e Contexto Enfermagem*, 14(esp.), 24-31.
- Waszak, C., & Sines, M. C. (2003). Mixed methods in psychological research. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural Research* (pp.557-576). Thousand Oaks, CA: Sage.

ANEXOS

Anexo A - Roteiro da Entrevista Individual

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

- 1) Pensando em sua atuação, que tipo de atividades realiza e como as realiza? Cite exemplos.
- 2) Pensando em sua atuação sobre promoção da saúde. Quais hábitos de saúde você promove com a população?
- 3) Agora pensando em sua atuação sobre prevenção de doenças. O que você previne? Cite exemplos.

SAÚDE, DOENÇA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E COMUNICAÇÃO

- 4) Para você, o que significa saúde? Exemplifique
- 5) Como você reconhece que uma pessoa está saudável?
- 6) Qual o significado de doença? Exemplifique
- 7) Como você reconhece que uma pessoa está doente?
- 8) O que você entende por promoção da saúde?
- 9) Cite um exemplo de atuação visando à promoção da saúde:
- 10) Para você, quais os fatores que favorecem o trabalho de promoção da saúde?
- 11) Quais os fatores que dificultam um trabalho de promoção da saúde?
- 12) Pensando em seu contato com as pessoas na comunidade, tente descrever como é a comunicação que você estabelece quando desenvolve atividades de promoção da saúde. Quais os recursos que você procura utilizar nessa comunicação? Cite exemplos:
- 13) Você acha que existe alguma diferença entre 'promoção da saúde' e 'prevenção de doenças'? Quais? Cite exemplos.

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Papel na estrutura familiar:

Quantas pessoas de sua família trabalham?

Renda familiar () até 1 salário mínimo

() de 1 a 2 salários mínimos

() de 2 a 5 salários mínimos

() mais de 5 salários mínimos

() sem rendimento

14) Há quanto tempo é ACS?

15) O que levou você a ser um ACS?

16) Você está satisfeito(a) com sua atuação? Por que?

Anexo B - Protocolo de Observação da Atuação Profissional do ACS

Horário de chegada: _____

Característica da microárea

Rua: () calçada () sem calçamento () com esgoto a céu aberto

Casa/barraco: () 1 cômodo () de 2 a 3 cômodos () mais de 3 cômodos

() de alvenaria () de tábuas, lona

() no fundo do lote, com quintal () na frente, sem quintal () em lote com outras casas

Quintal/varanda: () sem quintal ou varanda () limpo/cuidado () coisas amontoadas (lixo)

Usuário: () Com Diabetes () Com Hipertensão () Gestante () Com criança de 0 a 2 anos (CD) () Outro _____

Chegada do ACS:

() cumprimenta o usuário

() entra

() avisa que vai entrar

() pede licença, apresenta pessoas que o acompanham

() pede o cartão de _____

() pede para prender o cachorro

Ao longo da visita:

Registra Informações (RI)

Usuário Solicita Informação (USI)

Usuário Solicita Opinião (USO)

Pergunta sobre Saúde do Usuário (PSU)

Pergunta sobre Saúde de Outros Familiares (PSOF)

Informa ou Explica (I/E)

Pede Cartão de Vacina (PCV)

Pede Cartão de Consulta (PCC)

Pergunta sobre a Utilização dos Remédios (PUR)

Orienta sobre Campanhas de Saúde (OCS)

Pergunta sobre a Alimentação (PA)

Orientação sobre a Alimentação (OA) Tipo de orientação _____

Pergunta sobre a Prática de Atividade Física (PPAF)

Orienta sobre a Prática da Atividade Física (OPAF) Tipo de orientação _____

Pergunta sobre Medidas Básicas de Higiene (PMBH)

Orienta sobre Medidas Básicas de Higiene (OMBH) Tipo de orientação _____

Pergunta sobre o Consumo de Bebidas Alcoólicas (PCBA)

Orienta sobre o Consumo de Bebidas Alcoólicas (OCBA)

Orienta sobre Doenças Específicas (ODE)

Orienta sobre a Cultura da Paz (OCP)

Investiga sobre a Compreensão do Usuário (ICU)

Repete Explicação ao Usuário (REU)

Usuário Explica (UE)

Investiga Informação (II)

Repreende Conduta do Usuário (RCU)

Interrompe Fala do Usuário (IFU)

Resgata Histórico de Saúde (RHS)

Compara Situações (CS)

Ao sair:

- reforça aspecto abordado na visita. Qual? _____
- faz vistoria no quintal (prevenção da Dengue).
- se despede e se coloca à disposição para qualquer eventualidade.
- outro _____

Horário de saída: _____

- Ao orientar o usuário, o ACS:

* Formas típicas de comunicação

- Dá ordens Faz ameaças Faz sugestões Dá conselhos Nega percepções
 Consola Oferece falso apoio Ignora o problema Critica Elogia Faz perguntas Atende de modo impessoal e técnico Outra _____

* Transcrever relatos que exemplifiquem essas categorias:

* Formas benéficas de comunicação

- Há reflexão de sentimentos Focaliza as pistas não-verbais Há auto-expressão
Coloca limites Confronta Tenta resolver conjuntamente os impasses Orienta antecipatoriamente Faz reassseguramento Outra _____

* Transcrever relatos que exemplifiquem essas categorias:

Comentários:

Anexo C – Modelo Adaptado de Metodologia de Oficina¹**Capa**

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Laboratório Saúde e Desenvolvimento Humano

**OFICINA: Definindo Promoção da Saúde
atuação de agentes comunitários de saúde**

Brasília-DF
2009

¹ Metodologia de Oficina desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano, do Programa de Estudos de Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

I. OBSERVAÇÕES GERAIS

Número ideal de participantes: entre 5 a 10 pessoas, podendo variar para mais ou para menos.

Tempo mínimo previsto: 2 horas.

Material necessário: canetas, formulários para registro, folhas de papel em branco, tiras de papel, lousa (cartolina ou *flipchart*) e canetas hidrográficas ou giz, gravador, pilhas e fitas.

Convite aos participantes: ao fazer o contato inicial com os participantes, explicar os objetivos da oficina, conforme explicitado no termo de consentimento, enfatizando a necessidade de uso de gravador para registro das discussões para fins de análise.

Consentimento livre e esclarecido: antes de iniciar a oficina, explique novamente os objetivos e solicite que os participantes assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trabalho em dupla: como o potencial de mobilização da oficina é alto, é aconselhável que a condução dos grupos seja feita em dupla, de preferência com estagiários ou profissionais de psicologia que tem interesse pelo trabalho de saúde comunitária.

Ajuda a quem não escreve: é necessário definir procedimentos para os casos em que as pessoas não tenham facilidade de escrever. Nesses casos, podemos oferecer ajuda, por isso, também, é importante garantir a presença de um observador.

Ambiente confortável: é aconselhável realizar o grupo em ambientes informais, de preferência com os participantes e pesquisadores sentados em círculo. No caso de preferir sentar à volta de uma mesa, sugerimos que todos possam se ver.

Linguagem adequada ao grupo: é importante que o coordenador esteja atento ao tipo de linguagem adotada, para que seja compreendida e não deixando margem para dúvidas.

Limites de cada um: cabe frisar que nenhum participante deve ser forçado a revelar as situações vivenciadas. A revelação deve ser voluntária. Isso deve ser reiterado tantas vezes quanto parecer ser necessário.

Atenção à duração dos exercícios: os participantes tendem a se estender nas discussões. Portanto, é importante estar atento ao tempo previsto para cada exercício.

Registros necessários: vale lembrar que as oficinas têm duplo papel: 1) são intervenções visando a construção coletiva do conceito de promoção da saúde, partindo de experiências e concepções individuais; e 2) são instrumentos de coleta de dados. Por isso, é importante o registro das informações em formulários específicos:

- 1) Formulário 1: registro de informações sobre os participantes;
- 2) Formulário 2: registro das palavras associadas ao termo “promoção da saúde” (exercício 1);
- 3) Formulário 3: registro de exemplos de atuações visando a promoção da saúde (exercício 2);
- 4) Formulário 4: definições iniciais sobre promoção da saúde (exercício 3);
- 5) Apresentação do conceito de promoção da saúde veiculada na Política Nacional de Promoção da Saúde, os eixos de atuação e a diferença entre a prevenção de doenças;
- 6) Reflexão sobre as atuações e conceitos apresentados inicialmente pelos participantes (exercício 4);
- 7) Observações gerais sobre a dinâmica do evento (papel do observador).

II. PROCEDIMENTOS

Apresentação.

Exercício 1. Associação de ideias com o termo promoção da saúde.

Exercício 2. Exemplos de atuação em promoção da saúde.

Exercício 3. Definições iniciais sobre promoção da saúde.

Exercício 4. Reflexão sobre as atuações e conceitos de promoção da saúde

Apresentação

Tempo previsto: 15 minutos.

- 1) Em primeiro lugar, disponha os participantes em círculo, de modo que todos possam se ver e ouvir.
- 2) *Coordenadora e auxiliar de pesquisa:* apresentar as duas pesquisadoras.
- 3) *Objetivo:* Investigar a concepção que agentes comunitários de saúde possuem sobre promoção da saúde, comunicar e refletir sobre o conceito e eixos norteadores da atuação em promoção da saúde veiculados na Política Nacional de Promoção da Saúde, diferenciar promoção da saúde e

prevenção de doenças e por fim, fazer com que os participantes relatem se houve mudança ou não em seus iniciais conceitos de promoção da saúde.

4) *Procedimento* : explicar como a oficina será conduzida (exercícios).

5) *Autorização para gravar*: falar da dupla função da oficina (pesquisa e sensibilização) e consequente necessidade de gravar. Pedir permissão e explicar que o material será tratado de forma a garantir sigilo.

6) *Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido*: explicar que a conduta ética em pesquisa com seres humanos requer a explicitação dos objetivos e a assinatura de um Termo de Consentimento (TCLE) para assegurar que os participantes entenderam os objetivos e os procedimentos. Distribuir uma cópia para cada pessoa, dando tempo para a leitura individual (ou grupal, se os participantes preferirem). Para esta pesquisa, a assinatura do TCLE foi realizado na primeira atividade da pesquisa, que foram as entrevistas individuais. Neste momento apenas resgatou-se que como os participantes já haviam assinado do termo, não haveria necessidade de assiná-lo novamente.

7) *Apresentação dos participantes*: verificar se todos os participantes se conhecem. Caso contrário, fazer uma breve apresentação de cada um (por exemplo, primeiro nome e profissão).

1º Passo: Exercício 1. Associação de ideias ao termo PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Tempo previsto: 20 minutos.

Material: papéis em branco e canetas.

Em primeiro lugar, distribua uma folha de papel e uma caneta para cada integrante. Depois diga as seguintes instruções:

a. Livre associação:

Escreva neste papel o termo **PROMOÇÃO DA SAÚDE**.

Agora, escreva abaixo todas as palavras que vêm à sua cabeça quando se fala o termo - Promoção da Saúde.

Quando você sentir que as palavras não estão saindo naturalmente, pode parar. Não se importe com o número de palavras que você escrever.

Tempo previsto: 10 minutos

b. Listar associações:

Agora, vamos fazer uma lista de todas as palavras e frases que surgiam de modo a identificar as associações mais frequentes.

Tempo previsto: 10 minutos.

Obs.: um(a) coordenador(a) escreve as associações numa lousa, quadro, cartolina ou em *flipchart*, de modo que todos os integrantes possam ver as palavras, enquanto o outro observador anota as palavras no Formulário 2.

c. Alertar para a diversidade:

Ao final, comente que, como podemos observar a partir da variedade de palavras que o grupo produziu, fica claro que o termo Promoção da Saúde abarca uma série de questões, que fazem alusão ao termo tanto direta quanto indiretamente.

2º Passo: Exercício 2. Exemplos de atuações em promoção da saúde.

Tempo previsto: 10 minutos.

Material: tiras de papel e canetas.

Em primeiro lugar, distribua uma tira de papel para cada integrante.

Pense em sua atuação desde o início do ser trabalho enquanto agente comunitário de saúde e procure lembrar-se de atuações que tenham desenvolvido com pessoas na comunidade visando a promoção da saúde. Se concentre e relate apenas um exemplo de atuação.

[Recolher as papeletas e reservar para posterior discussão]

3º Passo: Exercício 3. Definições iniciais de promoção da saúde.

Tempo previsto: 10 minutos

Escreva o que entende pro promoção da saúde. Comece a frase da seguinte maneira: Promoção da Saúde é..... ou Promover saúde é.....

[Recolher as papeletas e reservar para posterior discussão]

4º Passo: Apresentação da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Tempo previsto: 30 minutos

A coordenadora apresenta o conceito e os eixos de atuação de promoção da saúde veiculadas na política, bem como, apresenta o conceito de prevenção de doenças e critérios para diferenciar promoção e prevenção. Questiona se os agentes comunitários de saúde conhecem a política, se eles identificam atuações em cada eixo norteador e ainda, pede para que eles indiquem se algum eixo não é tem contemplado com atuações e por que?

[Ligar o gravador]

5º Passo: Exercício 4. Reflexão sobre as atuações e conceitos de promoção da saúde

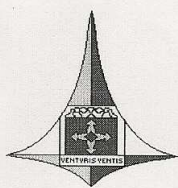
Tempo previsto: 40 minutos

Neste momento os exemplos que os participantes escreveram no início da oficina são resgatados e discutidos se realmente são de promoção da saúde ou se mais se adequam à prevenção de doenças. Este é o objetivo principal da oficina, identificar se os agentes comunitários de saúde, diante das informações apresentadas, mudam de concepção em comparação com as definições iniciais escritas por eles.

[Encerre a oficina perguntando o que as pessoas acharam dos exercícios e da dinâmica].

[Verifique se alguém ficou por demais mobilizado e dê atenção especial a esta pessoa].

Anexo D – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para o Estudo 1



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 137/2009

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 130/09 – Agente Comunitário de Saúde: uma investigação sobre aspectos comunicacionais na promoção da saúde

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde;

Validade do Parecer: 29/06/2011

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 29 de junho de 2009.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-904

BRASÍLIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE



Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Estudo 1

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Promoção e comunicação em saúde: um estudo sobre a atuação de agentes comunitários no distrito federal e em Campo Grande. O nosso objetivo consiste em descrever, compreender e analisar a comunicação que o ACS estabelece com as pessoas da comunidade em relação à promoção da saúde.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de uma entrevista individual e de uma atividade em grupo, realizadas nas dependências da Unidade Básica de Saúde da Cidade Estrutural, na data combinada com um tempo estimado de 30 minutos para a entrevista individual e uma hora para a atividade em grupo. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para a entrevista. Sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a) no seu entendimento.

Também solicitamos autorização para a gravação da sua atuação profissional, intervindo com pessoas da comunidade, na tentativa de apreender o fenômeno comunicacional estabelecido entre o(a) Senhor(a) e as pessoas da comunidade, quando estiver desenvolvendo ações de promoção da saúde.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui na UBS da Cidade Estrutural e para o Hospital Regional do Guarã podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora responsável.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a pesquisadora Pamela Staliano, na Universidade de Brasília, telefone (61)3307-2625 Ramal 400.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

 Nome / assinatura:

 Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo F – Formulários da Oficina do Estudo 1

FORMULÁRIO 1 - Descrição do Grupo**Informações gerais da Oficina**

Data: 06.11.09

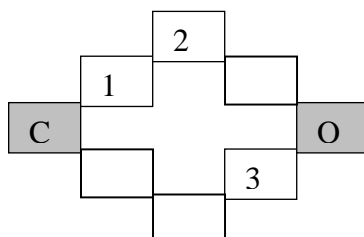
Horário: 14h

Grupo: Agentes Comunitários de Saúde (DF)

Local: Unidade Básica de Saúde da Cidade Estrutural

Pesquisadora: Pamela Staliano (C)

Assistente de pesquisa: Caroline Amado Gobatto (O)

Disposição espacial do grupo**Identificação do grupo**

Código	Nome dos participantes	Sexo	Idade	Outras Características
P1	J.	F	31	Ensino Médio
P2	S.	F	46	Ensino Médio
P3	J. L.	M	36	Superior Incompleto

FORMULÁRIO 2 – Associação de ideias
--

Grupo: Agentes Comunitários de Saúde (DF)

Data: 06.11.09

Associações ao termo Promoção da Saúde	Oficina 1		Total
	Masculino	Feminino	
1. orientação	X	X	2
2. ação		X	1
3. agilidade		X	1
4. higiene		X	1
5. cuidados		X	1
6. prevenção	X	X	2
7. organização		X	1
8. praticidade		X	1
9. esporte		X	1
10. lazer		X	1
11. conversa		X	1
12. bem-estar (físico e mental)	X		1
13. relacionamento	X		1
14. palestra	X		1
15. tratamento	X		1
16. adesão	X		1
17. cursos técnicos	X		1
18. informações	X	X	2
19. boa vontade	X		1
20. entrosamento da equipe	X		1
21. acolhimento	X		1
22. instalações	X		1
23. educação	X		1
24. viabilidade no atendimento	X		1
25. satisfação do usuário	X		1
26. qualidade do serviço prestado	X		1
27. profissional qualificado	X		1
28. tirar o lixo		X	1
29. usar flúor		X	1
30. cuidar do quintal		X	1
31. saudável		X	1
32. comer bem		X	1
33. lavar as mãos		X	1
34. escovar os dentes		X	1
35. cortar as unhas		X	1
36. caminhar		X	1
37. boa alimentação		X	1
38. varrer o terreiro		X	1

FORMULÁRIO 3 – Exemplos de Atuação em Promoção da Saúde
--

Grupo: Agentes Comunitários de Saúde (DF)

Data: 06.11.09

Exemplos	Oficina 1	
	Masculino	Feminino
1. Paciente hipertenso, diabético e alcoólatra, não fazia uso de medicação. E quando bebia era agressivo com a esposa. Conduta: foi orientado a ir no posto consultar para começar a fazer uso de remédios. Hoje em dia está com a pressão e glicemia normal. Faz também acompanhamento com a nutricionista, pois se encontra obeso. E sempre é alertado a respeito da alimentação e observa sempre se está tomando a medicação regularmente. Objetivo: cuidar do paciente para que ele não venha futuramente ter uma complicação na sua saúde que possa o deixar acamado ou coisa pior.		X
2. Eu faço parte de um grupo de estudantes da UnB, que sou voluntária aos sábados. Consiste em levar para alguns lares pessoas que vão ver a alimentação como nutricionistas. Os que vão ver os dentes das pessoas e orientá-las e alguns médicos para tentar convencer os bons hábitos da população que eu assisto. De maneira que muitos hábitos mudaram entre muitos como a escovação se tornou melhor, o uso do sal e do óleo na comida diminuiu, com isso acho que muitos estão melhorando até da pressão arterial. Pois não adianta tomar medicação e não fazer a dieta certa. Vejo que as mães olham mais para os filhos pois os hábitos de higiene mudaram consideravelmente.		X
3. Paciente idoso. Adesão ao tratamento: paciente hiper/dia, tem internado frequentemente, pressão não estava controlada, não tomava medicações na quantidade e horário adequados; com a interferência do ACS, que passou a intensificar as visitas domiciliares, separando as medicações e com muita conversa, ensinando o paciente a identificar os remédios através de métodos simples (cores/vasilhames separados) e informando a importância daquelas medicações nos horários adequados, temos hoje um paciente que faz um bom tempo que não tem frequentado as emergências, ganhando qualidade de vida, o ACS satisfeito com o seu propósito e a família bem mais tranquila, pois quando o mesmo ia para a emergência era um transtorno para a família toda e a equipe ciente do seu papel e o Estado, ganhando em vários aspectos com o bem-estar do paciente. “Falta conseguir introduzir o paciente ao grupo de atividades físicas”.	X	

FORMULÁRIO 4 – Definições Iniciais sobre Promoção da Saúde

Grupo: Agentes Comunitários de Saúde (DF)

Data: 06.11.09

Definições	Oficina 1	
	Masculino	Feminino
1. Promoção da saúde é conscientizar as pessoas de como se prevenirem de doenças. E fazer com que elas sigam as orientações mostrando o lado bom e o lado ruim. Ou seja, mostrar o que pode acontecer e o que ela pode evitar.		X
2. Promoção da saúde é tentar fazer com que as outras pessoas vejam o que eu vejo no meio em que vivo. Pois se moramos num lugar, temos que ter uma maneira de conciliar tudo, com todas as faltas de infra-estrutura que existe no nosso local de moradia. Promoção da saúde é lutarmos por um mundo melhor e digno de estarmos vivendo em todos os sentidos.		X
3. Para o agente comunitário de saúde promoção da saúde é simplesmente fazer com que os seus conhecimentos e ações interfiram em uma comunidade ou mesmo família ou paciente, fazendo com que estes entendam e que a prática destas seja voltada para o bem-estar geral deste indivíduo ou comunidade, se isto acontece e os resultados são positivos, realmente está havendo promoção da saúde.	X	

Anexo G – Roteiro da Capacitação do Estudo 2**Capa**

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Laboratório Saúde e Desenvolvimento Humano

Capacitação²: Promoção da Saúde e Comunicação

Campo Grande-MS
2011

² Adaptação e desmembramento da Oficina realizada no Estudo 1.

I. OBSERVAÇÕES GERAIS (Mesmo procedimento da Oficina)

Número ideal de participantes: 10 a 20 ACSs, podendo variar para mais ou para menos.

Tempo previsto: aproximadamente 2 horas para cada encontro.

Material necessário: canetas, formulários para registro, folhas de papel em branco, tiras de papel, lousa (cartolina ou *flipchart*) e canetas hidrográficas ou giz, gravador, pilhas e fitas.

Convite aos participantes: ao fazer o contato inicial com os participantes, explicar os objetivos da capacitação, conforme explicitado no termo de consentimento, enfatizando a necessidade de uso de gravador para registro das discussões para fins de análise.

Consentimento livre e esclarecido: antes de iniciar o primeiro encontro, explique novamente os objetivos e solicite que os participantes assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ambiente confortável: é aconselhável realizar o grupo em ambientes informais, de preferência com os participantes e pesquisadores sentados em círculo. No caso de preferir sentar à volta de uma mesa, sugerimos que todos possam se ver.

Linguagem adequada ao grupo: é importante que o coordenador esteja atento ao tipo de linguagem adotada, para que seja compreendida e não deixando margem para dúvidas.

Limites de cada um: cabe frisar que nenhum participante deve ser forçado a revelar as situações vivenciadas. A revelação deve ser voluntária. Isso deve ser reiterado tantas vezes quanto parecer ser necessário.

Atenção à duração dos exercícios: os participantes tendem a se estender nas discussões. Portanto, é importante estar atento ao tempo previsto para cada exercício.

Registros necessários: o registro das informações foi realizado em formulários específicos:

- 1) Formulário 1: registro das palavras associadas ao termo “promoção da saúde” (exercício 1);
- 2) Formulário 2: registro de exemplos de atuações visando a promoção da saúde (exercício 2);
- 3) Formulário 3: definições iniciais sobre promoção da saúde (exercício 3);
- 4) Reflexão sobre as atuações e conceitos apresentados inicialmente pelos participantes (exercício 4);
- 5) Formulário 5: registro de exemplos de atuação em promoção da saúde em consonância com os eixos de atuação preconizados pela Política Nacional de Promoção da Saúde (exercício 5);
- 6) Dinâmica sobre comunicação (exercício 6);
- 7) Questões de fixação do conteúdo (exercício 7);
- 8) Observações gerais sobre a dinâmica do evento (papel do observador).

II. PROCEDIMENTOS

Apresentação

Tempo previsto: 15 minutos.

- 1) Em primeiro lugar, disponha os participantes em círculo, de modo que todos possam se ver e ouvir.
- 2) *Coordenadora e auxiliar de pesquisa:* apresentar as duas pesquisadoras.
- 3) *Objetivo:* Investigar a concepção que agentes comunitários de saúde possuem sobre promoção da saúde, comunicar e refletir sobre o conceito e eixos norteadores da atuação em promoção da saúde veiculados na Política Nacional de Promoção da Saúde, diferenciar promoção da saúde e prevenção de doenças e por fim, refletir sobre modalidades de comunicação necessárias para o trabalho em saúde.
- 4) *Procedimento :* explicar como o encontro será conduzido (exercícios).
- 5) *Autorização para gravar:* falar da dupla função da capacitação (pesquisa e sensibilização) e consequente necessidade de gravar. Pedir permissão e explicar que o material será tratado de forma a garantir sigilo.
- 6) *Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido:* explicar que a conduta ética em pesquisa com seres humanos requer a explicitação dos objetivos e a assinatura de um Termo de Consentimento (TCLE) para assegurar que os participantes entenderam os objetivos e os procedimentos. Distribuir uma cópia para cada pessoa, dando tempo para a leitura individual (ou grupal, se os participantes preferirem). Para esta pesquisa, a assinatura do TCLE foi realizada na primeira atividade da pesquisa, que foram as entrevistas individuais. Neste momento apenas resgatou-se que como os participantes já haviam assinado o termo, não haveria necessidade de assiná-lo novamente.

7) *Apresentação dos participantes*: verificar se todos os participantes se conhecem. Caso contrário, fazer uma breve apresentação de cada um (por exemplo, primeiro nome e profissão).

1º Encontro:

- Apresentação da proposta
- Dinâmicas de socialização e integração da coordenadora com os ACSs.

Tempo previsto: aproximadamente 1h e 30 minutos.

[Encerre o encontro perguntando o que as pessoas acharam das dinâmicas].

2º Encontro:

Exercício 1. Associação de ideias ao termo PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Tempo previsto: 20 minutos.

Material: papéis em branco e canetas.

Em primeiro lugar, distribua uma folha de papel e uma caneta para cada integrante. Depois diga as seguintes instruções:

a. Livre associação:

Escreva neste papel o termo **PROMOÇÃO DA SAÚDE**.

Agora, escreva abaixo todas as palavras que vêm à sua cabeça quando se fala o termo - Promoção da Saúde.

Quando você sentir que as palavras não estão saindo naturalmente, pode parar. Não se importe com o número de palavras que você escrever.

Tempo previsto: 10 minutos

b. Listar associações:

Agora, vamos fazer uma lista de todas as palavras e frases que surgiram de modo a identificar as associações mais frequentes.

Tempo previsto: 10 minutos.

Obs.: um(a) coordenador(a) escreve as associações numa lousa, quadro, cartolina ou em *flipchart*, de modo que todos os integrantes possam ver as palavras, enquanto o outro observador anota as palavras no Formulário 2.

c. Alertar para a diversidade:

Ao final, comente que, como podemos observar a partir da variedade de palavras que o grupo produziu, fica claro que o termo Promoção da Saúde abarca uma série de questões, que fazem alusão ao termo tanto direta quanto indiretamente.

Exercício 2. Exemplos de atuações em promoção da saúde.

Tempo previsto: 10 minutos.

Material: tiras de papel e canetas.

Em primeiro lugar, distribua uma tira de papel para cada integrante.

Pense em sua atuação desde o início do ser trabalho enquanto agente comunitário de saúde e procure lembrar-se de atuações que tenham desenvolvido com pessoas na comunidade visando a promoção da saúde. Se concentre e relate apenas um exemplo de atuação.

[Recolher as papeletas e reservar para posterior discussão]

Exercício 3. Definições iniciais de promoção da saúde.

Tempo previsto: 10 minutos

Escreva o que entende pro promoção da saúde. Comece a frase da seguinte maneira: Promoção da Saúde é..... ou Promover saúde é.....

[Recolher as papeletas e reservar para posterior discussão]

Após os exercícios a coordenadora faz uma breve explanação sobre a diferença conceitual entre promoção da saúde e prevenção de doenças.

Tempo previsto: 30 minutos

[Ligar o gravador]

Exercício 4. Reflexão sobre as atuações e conceitos apresentados inicialmente pelos participantes.

Tempo previsto: 30 minutos

[Encerre o encontro perguntando o que as pessoas acharam dos exercícios e da dinâmica].

3º Encontro: Apresentação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Tempo previsto: 40 minutos

A coordenadora apresenta o conceito e os eixos de atuações de promoção da saúde veiculadas na política. Questiona se os agentes comunitários de saúde conhecem a política, se eles identificam atuações em cada eixo norteador e ainda, pede para que eles indiquem se algum eixo não é contemplado com atuações e por quê?

Eixos:

1. Alimentação Saudável;
2. Prática Corporal/Atividade Física;
3. Prevenção e Controle do Tabagismo;
4. Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
5. Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
6. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
7. Promoção do desenvolvimento sustentável.

Exercício 5. Atividade em grupo: os agentes comunitários se reuniram em grupos, cada grupo ficou responsável em ler as diretrizes de um dos eixos da PNPS e em seguida oferecer um exemplo que retratasse o eixo previsto para o grupo.

Tempo previsto: 30 minutos

[Ligar o gravador]

Os participantes relatam os exemplos e todos os participantes refletem se concordam ou não com cada exemplo oferecido para cada eixo de atuação.

Tempo previsto: 40 minutos.

[Encerre o encontro perguntando se restou alguma dúvida sobre o que foi discutido].

4º Encontro: Apresentação das modalidades de comunicação necessárias para o trabalho em saúde

Inicialmente, a coordenadora propõe algumas dinâmicas para aquecer os participantes sobre a temática da comunicação e sua importância para o trabalho em saúde.

Tempo previsto: 30 minutos.

Posteriormente, os participantes relatam como se relacionam com os membros da comunidade e se enfrentam dificuldades nessa relação.

Tempo previsto: 30 minutos.

Em seguida, as modalidades de comunicação descritas por Maldonado e Canella (2003), são apresentadas e discutidas com os participantes.

- Formas típicas: dar ordens; fazer ameaças; fazer sugestões; dar conselhos; negar percepções; consolar; oferecer falso apoio; ignorar o problema; criticar; elogiar; fazer perguntas; e atender de modo impessoal e técnico;

- formas benéficas: reflexão de sentimentos; focalizar as pistas não-verbais; auto-expressão; colocar limites; confrontar; tenta resolver conjuntamente os impasses; orientar antecipatoriamente; e fazer reassuramento.

Tempo previsto: 40 minutos

[Encerre o encontro perguntando sobre possíveis dúvidas].

5º Encontro: Alguns pontos da capacitação são recapitulados, para que seja realizada a certificação da compreensão dos pontos importantes.


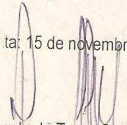
- Aplicação de uma avaliação de fixação do conteúdo.

- Confraternização de despedida.

Tempo previsto: 2 horas.

[Encerre a capacitação se colocando à disposição, caso queiram discutir alguma questão em específico e avise que após o intervalo de quatro semanas os ACSs inicialmente acompanhados, novamente serão acompanhados nas visitas domiciliares].

Anexo H – Carta de Aprovação do Comitê de Ética para o Estudo 2

		Universidade Anhanguera - Uniderp Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos - CEP	
FICHA PARA AVALIAÇÃO DE PROJETO Projeto Nº 129/2010 - Reanálise			
Título do projeto: Promoção e comunicação em saúde: um estudo sobre a atuação de agentes comunitários no Distrito Federal e em Campo Grande			
Coordenador do projeto: Psicóloga Pamela Staliano			
Duração do projeto: 4 anos	Início: Jan/2008	Término: Dez/2011	
PARECER DO COMITÊ			
Parecer: <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Pendente <input type="checkbox"/> Não Aprovado <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Retornado de pauta			
Justificativa do parecer (usar folhas anexas, se necessário):			
Reanálise: Considerando que os aspectos elencados na análise realizada anteriormente foram totalmente atendidos, consideramos o projeto aprovado. Parecer: Projeto Aprovado.			
Data: 15 de novembro de 2010.  Tarso Coelho Jardim Coordenador do CEP - UNIDERP			



Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo 2

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Promoção e comunicação em saúde: um estudo sobre a atuação de agentes comunitários no distrito federal e em Campo Grande. O nosso objetivo consiste em descrever, compreender e analisar a comunicação que o ACS estabelece com as pessoas da comunidade em relação à promoção da saúde, bem como, propor uma intervenção aos ACSs, com a finalidade de discutir a temática da Promoção da Saúde, os eixos norteadores da Política Nacional de Promoção da Saúde, visando possibilidades de atuação nestes eixos e ainda, procurar desenvolver nos ACSs habilidades de comunicação que favoreçam a promoção de hábitos de vida saudáveis na comunidade em que atuam.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de uma entrevista individual e de uma intervenção em grupo, realizadas nas dependências da Unidade Básica de Saúde da Família, na data combinada com um tempo estimado de 30 minutos para a entrevista individual e uma hora para encontro da intervenção em grupo. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para a entrevista. Sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a) no seu entendimento.

Também solicitamos autorização para a observação da sua atuação profissional, intervindo com pessoas da comunidade, na tentativa de apreender o fenômeno comunicacional estabelecido entre o(a) Senhor(a) e as pessoas da comunidade, quando estiver desenvolvendo ações de promoção da saúde.

Os resultados da pesquisa serão divulgados nas UBSFs participantes da pesquisa, podendo inclusive, ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora responsável.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a pesquisadora Pamela Staliano, telefone (67) 9231-8021.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

 Nome / assinatura:

 Pesquisador Responsável
 Nome e assinatura:

Campo Grande, ___ de _____ de _____

Anexo J - Formulário de Atividades do Agente Comunitário de Saúde

Marque com um "X" a alternativa escolhida

	Atividade	Frequência com que realiza				
		Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Integração da equipe com a população local	Participa das reuniões em equipe					
	Expõe suas opiniões nas reuniões em equipe					
	Empenha-se para executar as ações propostas pela equipe					
	Orienta a comunidade sobre o funcionamento da UBSF, atividades e campanhas					
	Orienta a comunidade quanto às ações desenvolvidas nos diversos serviços de saúde					
	Traz as necessidades da comunidade que julga pertinente para serem discutidas junto à equipe de saúde					
	Faz das visitas domiciliares a base para o desenvolvimento das suas ações como ACS					
	Preenche a ficha A (cadastramento) para todas as famílias visitadas.					
	Preenche a ficha B (acompanhamento) para todos os indivíduos dos "grupos de risco"					
	Preenche a ficha C					
Planejamento e Avaliação	Estimula a população a participar de conselhos locais de saúde e/ou conferências municipais de saúde					
	Incentiva a população a participar de atividades de sua própria comunidade					
	Informa ao Programa sobre os recursos do território de sua micro-área de atuação (creches, escolas, associações)					
	Ao identificar riscos sociais (tráfico de drogas, violência doméstica, etc) em sua micro-área de atuação faz a análise da situação					
	Ao identificar riscos ambientais (esgoto, grandes avenidas, etc) em sua micro-área de atuação faz a análise da situação					
	Examina criticamente os dados obtidos pelo cadastramento					
	Realiza ações com base no levantamento sobre a saúde da população					
	Informa à comunidade os resultados obtidos no levantamento sobre a saúde da população					
	Estabelece ações para resolução dos problemas de saúde de sua micro-área de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde					
	Estabelece ações para resolução dos problemas de saúde de sua micro-área de atuação, segundo critérios estabelecidos pela população local					
	Elabora junto a sua equipe o plano de ação para atuar na comunidade					
	Avalia os planos de ação desenvolvidos junto à equipe de saúde					
	Reprograma os planos de ação junto à equipe de saúde					
	Identifica a relação entre problemas de saúde e condições de vida					
	Identifica exemplos positivos que promovem a saúde na comunidade					
	Realiza atividades educativas para a comunidade (palestras, campanhas, mutirões, etc) juntamente com o enfermeiro					

Promoção da Saúde	Realiza atividades educativas com outros ACSs					
	Realiza atividades educativas para a comunidade sozinho					
	Utiliza recursos de informação e comunicação (faixas, panfletos, etc) adequados à realidade local					
	Estimula os indivíduos e a comunidade a refletirem sobre suas condições de saúde e doença					
	Orienta indivíduos quanto ao auto-cuidado					
	Orienta a população quanto a medidas de proteção à saúde (alimentação, higiene pessoal, limpeza, acondicionamento e destino do lixo, cuidados com a água e dejetos, outras)					
	Orienta indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos					
	Propõe ações que utilizem as diversas secretarias existentes no município					
	Estabelece parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais e outros					
	Orienta a família e/ou portador de necessidades especiais quanto às medidas facilitadoras para a sua máxima inclusão social					
	Apóia ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos					
	Participa de reuniões de conselho local de saúde ou de outros conselhos locais					
	Executa ações que atuam em parceria com outras secretarias existente no município					
Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário	Identifica as condições ambientais e sanitárias que provoquem riscos para a saúde da comunidade					
	Informa à equipe de saúde sobre a ocorrência de situações de risco, na micro-área de atuação					
	Informa à população sobre a ocorrência de situações de risco, na micro-área de atuação					
	Orienta indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde					
Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	Orienta moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente hospitalar					
	Identifica indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde					
	Orienta a comunidade sobre os sinais que indicam problemas de saúde					
	Comunica à equipe sobre os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais (“grupos de risco”, portadores de necessidades especiais e outros)					
	Ao identificar um problema de saúde nos indivíduos ou grupos, encaminha à UBS para atendimento					
	Agenda ou remarca consultas para a comunidade					
	Leva medicação (conforme prescrição médica ou de enfermagem) para alguém da população					
Sensibiliza os familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais						

Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades	Estimula indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar					
	Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos à gestação					
	Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos à gestação					
	Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos ao parto					
	Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos ao parto					
	Orienta as gestantes sobre os cuidados relativos ao puerpério					
	Orienta os familiares da gestante sobre os cuidados relativos ao puerpério					
	Orienta gestantes, puérperas e grupo familiar quanto ao aleitamento materno					
	Orienta gestantes, puérperas e grupo familiar quanto aos cuidados com o recém-nascido					
	Solicita o passaporte materno-infantil nas visitas domiciliares					
	Orienta indivíduos quanto à saúde sexual e reprodutiva					
	Acompanha o desenvolvimento infantil					
	Solicita o cartão de vacina das crianças nas visitas domiciliares					
Orienta indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças não transmissíveis						

Anexo K – Roteiro do Grupo de Apoio do Estudo 2**Capa**

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Laboratório Saúde e Desenvolvimento Humano

Grupo de Apoio para agentes comunitários de saúde

Campo Grande-MS
2011

I. OBSERVAÇÕES GERAIS

Número ideal de participantes: entre 10 a 20 ACSs, podendo variar para mais ou para menos.

Tempo previsto: 2 horas.

Convite aos participantes: ao fazer o contato inicial com os participantes, explicar os objetivos do grupo, conforme explicitado no termo de consentimento, enfatizando a necessidade de uso de gravador para registro das discussões para fins de análise.

Consentimento livre e esclarecido: antes de iniciar a oficina, explique novamente os objetivos e solicite que os participantes assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ambiente confortável: é aconselhável realizar o grupo em ambientes informais, de preferência com os participantes e pesquisadores sentados em círculo. No caso de preferir sentar à volta de uma mesa, sugerimos que todos possam se ver.

Linguagem adequada ao grupo: é importante que o coordenador esteja atento ao tipo de linguagem adotada, para que seja compreendida e não deixando margem para dúvidas.

Limites de cada um: cabe frisar que nenhum participante deve ser forçado a revelar as situações vivenciadas. A revelação deve ser voluntária. Isso deve ser reiterado tantas vezes quanto parecer ser necessário.

Atenção à duração dos exercícios: os participantes tendem a se estender nas discussões. Portanto, é importante estar atento ao tempo previsto para cada exercício.

II. PROCEDIMENTOS

Apresentação

Tempo previsto: 15 minutos.

- 1) Em primeiro lugar, disponha os participantes em círculo, de modo que todos possam se ver e ouvir.
- 2) *Coordenadora e auxiliar de pesquisa:* apresentar as duas pesquisadoras.
- 3) *Objetivo:* Discutir temas de interesse do grupo.
- 4) *Procedimento :* explicar como o grupo será conduzido.
- 5) *Autorização para gravar:* falar da dupla função da oficina (pesquisa e sensibilização) e consequente necessidade de gravar. Pedir permissão e explicar que o material será tratado de forma a garantir sigilo.
- 6) *Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido:* explicar que a conduta ética em pesquisa com seres humanos requer a explicitação dos objetivos e a assinatura de um Termo de Consentimento (TCLE) para assegurar que os participantes entenderam os objetivos e os procedimentos. Distribuir uma cópia para cada pessoa, dando tempo para a leitura individual (ou grupal, se os participantes preferirem). Para esta pesquisa, a assinatura do TCLE foi realizada na primeira atividade da pesquisa, que foram as entrevistas individuais. Neste momento apenas resgatou-se que como os participantes já haviam assinado do termo, não haveria necessidade de assiná-lo novamente.
- 7) *Apresentação dos participantes:* verificar se todos os participantes se conhecem. Caso contrário, fazer uma breve apresentação de cada um.

1º Encontro:

- Apresentação da proposta
- Dinâmicas de socialização e integração da coordenadora com os ACSs.

Tempo previsto: aproximadamente 1h e 30 minutos.

[Encerre o encontro perguntando o que as pessoas acharam das dinâmicas].

2º Encontro: Tema – Violência doméstica e repercussões psicológicas

Inicialmente, a coordenadora aborda a temática comentando sobre os seguintes aspectos:

- conceito e categorias de violência;
- casos de violência associados ao uso de álcool e drogas;
- uma das principais causas de morte prematura;
- estatísticas de violência;
- causas da violência;

Tempo previsto: 40 minutos.

Posteriormente, a coordenadora convida os ACSs a contextualizarem sobre a temática, citando exemplos de sua atuação que se deparam com casos de violência.

Tempo previsto: 1 hora.

[Encerre o encontro perguntando se ficou alguma dúvida sobre o que foi discutido]

3º Encontro: Tema – Doenças sexualmente transmissíveis e aspectos psicológicos

Inicialmente, a coordenadora aborda a temática comentando sobre os seguintes aspectos:

- doenças assintomáticas;
- infidelidade: repercussões das doenças no relacionamento afetivo;
- diagnósticos errados;
- comunicação sobre as doenças;
- dificuldade em negociar o uso de preservativo com parceiros fixos.

Tempo previsto: 40 minutos.

Posteriormente, a coordenadora convida os ACSs a contextualizarem sobre a temática, citando exemplos de sua atuação que se deparam com casos relacionados à DSTs.

Tempo previsto: 1 hora.

[Encerre o encontro perguntando se ficou alguma dúvida sobre o que foi discutido]

4º Encontro: Tema – Saúde do homem: problemas e mitos

Inicialmente, a coordenadora aborda a temática comentando sobre os seguintes aspectos:

- maior vulnerabilidade biológica dos homens ao longo da vida – DSTs, álcool, drogas;
- tendência a desenvolverem doenças fatais de curta duração;
- períodos que comparecem aos serviços de saúde na mesma proporção que as mulheres: até os 14 anos e na terceira idade;
- impeditivos para a busca de cuidado (variáveis culturais – estereótipos de gênero, doença como sinal de fragilidade, os serviços e as estratégias de comunicação favorecem ações voltadas à criança, à mulher e ao idoso);
- problemas sexuais.

Tempo previsto: 40 minutos.

Posteriormente, a coordenadora convida os ACSs a contextualizarem sobre a temática, citando exemplos de sua atuação que se deparam com casos relacionados à saúde do homem.

Tempo previsto: 1 hora.

[Encerre o encontro perguntando se ficou alguma dúvida sobre o que foi discutido]

5º Encontro: Características psicológicas e desenvolvimento humano

Inicialmente, a coordenadora aborda a temática comentando sobre os seguintes aspectos:

- aspectos relacionados à infância;
- aspectos relacionados à adolescência;
- aspectos relacionados à fase adulta;
- aspectos relacionados à terceira idade.

Tempo previsto: 40 minutos.

Posteriormente, a coordenadora convida os ACSs a contextualizarem sobre a temática, citando exemplos de sua atuação que se deparam com os casos discutidos.

Tempo previsto: 1 hora.

[Encerre o encontro perguntando se ficou alguma dúvida sobre o que foi discutido]

Anexo L – Exemplos do preenchimento do protocolo de observação
Exemplo 1 - Protocolo de observação da atuação profissional do ACS

Horário de chegada: 8:45

Característica da microárea

Rua: (x) calçada () sem calçamento () com esgoto a céu aberto

Casa/barraco: () 1 cômodo (x) de 2 a 3 cômodos () mais de 3 cômodos

(x) de alvenaria () de tábuas, lona

() no fundo do lote, com quintal (x) na frente, sem quintal () em lote com outras casas

Quintal/varanda: (x) sem quintal ou varanda () limpo/cuidado () coisas amontoadas (lixo)

Usuário: () Com Diabetes () Com Hipertensão () Gestante (x) Com criança de 0 a 2 anos (CD) () Outro

Chegada do ACS:

(x) chama pelo usuário

() usuário atende ACS na frente da casa

(x) usuário pede para ACS entrar

(x) cumprimenta o usuário

() pede licença, apresenta pessoas que o acompanham

(x) pede o cartão de vacina da criança

() pede para prender o cachorro

Ao longo da visita:

Sigla	Conteúdo	Relação – Comunicação
PSU	Pergunta como está a saúde da criança.	Como está o bebê? Teve febre, diarreia?
UE	A mãe diz que ele esteve gripado	Ele esteve gripadinho, mas agora tá bem
PA	Pergunta sobre a alimentação do bebê	Você tá dando só o peito pra ele ou já começou com outros alimentos?
UE	A mãe informa que não está só no peito	Também estou dando mamadeira e mingau pra ele
II	Pergunta se o médico orientou que introduzisse outros alimentos	Foi o médico que disse que você podia dar outras coisas além do peito pra ele ou foi você que deu por conta?
UE	A mãe diz que foi por conta própria	Eu é que resolvi dar outras coisas, porque ele já tá maiorzinho e me falaram que não tinha problema
I/E	Fala da importância de se consultar o médico	Tudo bem, mais é importante que você passe ele pelo médico, porque às vezes o que faz bem pra uma criança não é bom pra outra, então só o médico que acompanha direitinho a saúde do teu filho é que realmente pode dizer o que será melhor pra ele.
PMBH	Pergunta sobre a higienização do bico da mamadeira	Bom, já que você tá dando mamadeira pra ele, como você tá fazendo a higienização do

		bico?
UE	A mãe explica como faz a limpeza do bico da mamadeira	Eu lavo bem direitinho.
OMBH	Explica como a mãe deve fazer a higienização	Mãe, lavar só não adianta, tem que ferver o bico, pra matar as bactérias, a mamadeira você pode ferver também. Assim diminuir a possibilidade de seu filho ficar doente. (orienta antecipatoriamente)
PSOF	Pergunta como estão de saúde a mulher e o marido (pais do bebê)	E vocês como estão de saúde?
UE	O marido diz que esteve gripado	Eu agora que tô melhorando, mas tive bem ruim, achei até que era a gripe do porco..rsrs.
II	Pergunta se tomou remédio, passou por consulta?	Mas você tomou alguma coisa, foi no médico?
UE	O marido diz que fez uso de medicação	Comprei um remédio que falaram que era bom.
RCU	Diz que não devem usar medicação por conta própria	Vocês não devem fazer isso, tomar remédio por conta, porque você pode ter alguma reação contra o remédio, o que vocês devem fazer é ir se consultar.
PUR	Pergunta pra mãe se está tomando anticoncepcional	E você, ta tomando algum anticoncepcional?
UE	A mãe diz que sim.	To sim, to tomando o ciclo 21.
II	Pergunta como ela está fazendo a aquisição do remédio?	Mas você ta comprando? Porque se tiver comprando não precisa, pode pegar no posto todo mês.

Ao sair:

- (x) reforça aspecto abordado na visita. Qual? Marcação de consulta pra o bebê, pra ver a alimentação
 - () faz uma pequena vistoria no quintal (prevenção da Dengue).
 - () se despede e se coloca à disposição para qualquer eventualidade.
 - (x) Outro. Identifica que o casal está armazenando alimento embaixo da pia, no chão. Ele pergunta se eles teriam outro lugar pra guardar.
- O casal diz que vai mudar de lugar.

Horário de saída: 9:04

- Ao orientar o usuário, o ACS:

* Formas típicas de comunicação

- () Dá ordens () Faz ameaças () Faz sugestões () Dá conselhos () Nega percepções () Consola () Oferece falso apoio () Ignora o problema () Critica () Elogia () Faz perguntas () Atende de modo impessoal e técnico () Outra _____

* Transcrever relatos que exemplifiquem essas categorias:

* Formas benéficas de comunicação

- () Há reflexão de sentimentos () Focaliza as pistas não-verbais () Há auto-expressão () Coloca limites () Confronta (x) Tenta resolver conjuntamente os impasses (x) Orienta antecipatoriamente () Faz reassuramento () Outra _____

* Transcrever relatos que exemplifiquem essas categorias:

“Mãe, lavar só não adianta, tem que ferver o bico, pra matar as bactérias, a mamadeira você pode ferver também. Assim diminuir a possibilidade de seu filho ficar doente.”

“Eu sei que tá bem fechadinho, mas é bom, se vocês puderem colocar em outro lugar, porque no chão o alimento fica muito exposto. Será que não cabe no armário?”

Comentários:

ACS com muita calma investiga pontos importantes, se mostra muito preocupado com a saúde dos moradores.

Fiquei muito satisfeita com o que presenciei.

Exemplo 2 - Protocolo de observação da atuação profissional do ACS

Horário de chegada: 8:24

Característica da microárea

Rua: () calçada (x) sem calçamento (x) com esgoto a céu aberto

Casa/barraco: () 1 cômodo (x) de 2 a 3 cômodos () mais de 3 cômodos

() de alvenaria (x) de tábuas, lona

(x) no fundo do lote, com quintal () na frente, sem quintal () em lote com outras casas

Quintal/varanda: () sem quintal ou varanda (x) limpo/cuidado () coisas amontoadas (lixo)

Usuário: () Com Diabetes () Com Hipertensão () Gestante (x) Com criança de 0 a 2 anos (CD) () Outro

Chegada do ACS:

(x) chama pelo usuário

() usuário atende ACS na frente da casa

(x) usuário pede para ACS entrar

(x) cumprimenta o usuário

() pede licença, apresenta pessoas que o acompanham

(x) pede o cartão de consulta/vacina

Ao longo da visita:

Sigla	Conteúdo	Relação – Comunicação
PSI	Se o filho está bem e se teve algum problema de saúde recentemente.	Mãe, como está teu filho, teve diarreia ou febre por esses dias?
EU	Diz que está tudo bem e entrega cartão de vacina	
RI	Anota as informações do cartão de vacina em formulário próprio	
USI	Pergunta como faz para trocar o cartão de vacina do filho, que está muito sujo e rasgado	
I/E	Informa o local que a usuária pode ir	A senhora precisa ir no Posto, procurar a equipe 6 pra trocar, a senhora pode ir qualquer dia e o melhor horário é no início da manhã ou da tarde
RCU	Identifica no cartão de vacina que tem uma vacina atrasada	A senhora viu que tem uma vacina atrasada? Não pode deixar isso acontecer. (dá ordem)
EU	Usuária explica o motivo do atraso	É que com essa mudança, fiquei muito tempo de um lugar pra outro, aí nem deu pra ir atrás de um posto, agora que as coisas acalmaram
RI	Anota as informações do cartão de vacina em formulário próprio – atraso da vacina	
REU	Fala sobre a importância da vacina	Então, agora que a senhora tá mais tranquila desce lá no posto pra regularizar isso, e não deixa isso acontecer novamente, porque o mais importante é a saúde do teu filho (dá ordem)

Ao sair:

(x) reforça aspecto abordado na visita. Qual? Pede pra usuária não demorar de trocar o cartão e atualizar a vacina.

- faz uma pequena vistoria no quintal (prevenção da Dengue).
 se despede e se coloca à disposição para qualquer eventualidade.

Horário de saída: 8:32

- Ao orientar o usuário, o ACS:

* Formas típicas de comunicação

- Dá ordens Faz ameaças Faz sugestões Dá conselhos Nega percepções
 Consola Oferece falso apoio Ignora o problema Critica Elogia Faz perguntas Atende de modo impessoal e técnico Outra_____

* Transcrever relatos que exemplifiquem essas categorias:

“A senhora viu que tem uma vacina atrasada? Não pode deixar isso acontecer.”

“Então, agora que a senhora ta mais tranquila desce lá no posto pra regularizar isso, e não deixa isso acontecer novamente, porque o mais importante é a saúde do teu filho.”

* Formas benéficas de comunicação

- Há reflexão de sentimentos Focaliza as pistas não-verbais Há auto-expressão Coloca limites Confronta Tenta resolver conjuntamente os impasses
 Orienta antecipatoriamente Faz reassuramento Outra_____

* Transcrever relatos que exemplifiquem essas categorias:

Comentários:

Visita muito rápida, pouco tempo para informar, orientar.

Postura autoritária do ACS

Exemplo 3 - Protocolo de observação da atuação profissional do ACS

Horário de chegada: 9:03

Característica da microárea

Rua: (x) calçada () sem calçamento () com esgoto a céu aberto

Casa/barraco: () 1 cômodo (x) de 2 a 3 cômodos () mais de 3 cômodos

(x) de alvenaria () de tábuas, lona

(x) no fundo do lote, com quintal () na frente, sem quintal () em lote com outras casas

Quintal/varanda: () sem quintal ou varanda (x) limpo/cuidado () coisas amontoadas (lixo)

Usuário: () Com Diabetes (x) Com Hipertensão () Gestante () Com criança de 0 a 2 anos (CD) () Outro _____

Chegada do ACS:

(x) cumprimenta o usuário

() entra sem avisar

(x) pede licença, apresenta pessoas que o acompanham

(x) pede o cartão de consulta/vacina

Ao longo da visita:

RI

IUR

PA (Se a usuária tá comendo legumes, frutas)

OSA (Que a usuária tem que evitar o sal na comida e frituras)

RI

PPAF (Se a usuária faz caminhada)

USI (Se no posto ainda tem o grupo de atividade física)

OPAF (Diz os dias de funcionamento do grupo e que é importante a caminhada para o controle da pressão)

RI

IUR

ICU (sobre a administração dos remédios)

URE

RI

PSOF (usuária diz que a neta teve diarreia)

PCV (Identifica que tem uma vacina atrasada)

OCS (Campanha de paralisia infantil – informa as datas)

PA (da criança)

AO (fala sobre o soro caseiro e cuidado com o que a criança come)

Ao sair:

(x) reforça algum aspecto abordado na visita. Qual? Se a paciente lembra a data da campanha e diz que se a paciente seguir as instruções dos remédios, da alimentação e da atividade física terá uma vida saudável

() faz uma pequena vistoria no quintal (prevenção da Dengue).

() se despede e se coloca à disposição para qualquer eventualidade.

Horário de saída: 9:17

Impressões da pesquisadora ao longo da visita:

- Ao orientar o usuário, o ACS:

* Formas típicas de comunicação

() Dá ordens (x) Faz ameaças (x) Faz sugestões () Dá conselhos () Nega percepções () Consola () Oferece falso apoio () Ignora o problema () Critica () Elogia () Faz perguntas () Atende de modo impessoal e técnico () Outra_____

* Transcrever relatos que exemplifiquem essas categorias:

“Se a senhora puder fazer uma caminhadinha é bom”

“A senhora não pode relaxar, senão não vai melhorar”

“Olha, tem uma vacina atrasada aqui, desse jeito a criança vai ficar doente mesmo, não pode deixar atrasar a vacina”

* Formas benéficas de comunicação

() Há reflexão de sentimentos () Focaliza as pistas não-verbais () Há auto-expressão () Coloca limites () Confronta () Tenta resolver conjuntamente os impasses () Orienta antecipatoriamente () Faz reassuramento () Outra_____

* Transcrever relatos que exemplifiquem essas categorias:

Anexo M – Descrição das Categorias Observacionais Utilizadas para os Estudos 1 e 2

Com a realização do Estudo 1, os resultados obtidos com o protocolo de observação oportunizaram a criação de dois subsistemas de categorias, representadas pelos respectivos comportamentos emitidos dos ACSs ao longo das visitas. Optou-se por descrever o teor destas categorias em Anexo, por ser comum aos dois Estudos, não ter sofrido nenhuma alteração do Estudo 1 para o Estudo 2, bem como, para não ser necessário repeti-las na descrição de ambos os Estudos.

Para a construção das categorias, consultou-se a sistematização realizada por Araujo (2009), sobre o enfoque comunicacional para pesquisa e atuação na área da saúde. Diante disso, foram descritos dois subsistemas: finalidade dos recursos comunicacionais e recursos comunicacionais.

1 – Finalidade dos recursos comunicacionais (Subsistema 1)

Neste subsistema foram agrupadas três categorias: 1) Incentivo à participação; 2) Incentivo à interação e, 3) Comunicar informações.

1.1 – Incentivo à participação (IP): nesta categoria foram agrupados oito comportamentos relacionados basicamente ao estado de saúde dos usuários:

1) Pede cartão de vacina das crianças (PCV): ACS pede que o usuário pegue e lhe entregue o cartão de vacina das crianças para conferir se todas as vacinas estão em dia. Exemplo: “Será que a senhora pode pegar o cartão de vacina das crianças para eu dar uma olhada?”;

2) Pede cartão de consulta dos portadores de hipertensão e diabetes (PCC): O ACS pede para o usuário buscar o cartão de marcação de consulta, para averiguar se o usuário está fazendo uso correto do medicamento. Exemplo: “O senhor pega pra mim o seu cartão de consulta?”;

3) Pergunta sobre estado de saúde do usuário ou de outros familiares (PSU/PSOF): O profissional pergunta pelo estado de saúde da pessoa que o atendeu, dos outros membros da família, procurando enfatizar o estado de saúde das crianças. Exemplo: “A senhora como está? Ficou doente por esses dias?” “E as crianças tiveram diarreia, gripe?” “Teve alguém da família internado por esses dias?”;

4) Pergunta sobre a utilização dos remédios (PUR): Pergunta sobre a administração medicamentosa pelo usuário, a fim de identificar se o mesmo está fazendo uso correto da medicação, principalmente os idosos portadores de diabetes e hipertensão. Exemplo: “Como a senhora está tomando esses remédios?”;

5) Pergunta sobre a alimentação (PA): Investiga sobre a alimentação do usuário, como a escolha dos alimentos e disponibilidade dos alimentos para seguirem a dieta de acordo com seu problema de saúde. Exemplo: “Como a senhora está se alimentando?” “Você está dando só o peito para o bebê ou já introduziu alguma papinha?”;

6) Pergunta sobre a prática de atividade física (PPAF): Saber se os usuários praticam exercícios físicos ou mesmo, entendem a importância de aderirem a práticas de atividades físicas, que é enfatizado, principalmente, entre os idosos portadores de diabetes e hipertensão. Exemplo: “E o senhor, está fazendo uma caminhadinha?” “É importante fazer caminhada todo dia, assim sua pressão vai ficar mais controlada.” “Toda segunda, quarta e sexta-feira tem o grupo de atividades físicas na UBS, pela manhã e à tarde. Bem que a senhora podia ir lá pra participar. Lá eles medem a pressão antes e depois do exercício físico, é bom que a senhora vai controlando a pressão”;

7) Pergunta sobre medidas básicas de higiene (PMBH): Investigar sobre as medidas básicas de higiene adotadas pelos usuários, uma vez que, a falta dessas medidas se caracteriza como a porta de entrada para muitas doenças. Exemplo: “Mãe, não pode deixar as crianças ficarem de pé no chão. Olha o tanto de esgoto a céu aberto que tem por aqui. Desse jeito elas ficam doentes e não tem vacina que dê jeito”;

8) Pergunta sobre o consumo de bebidas alcoólicas (PCBA): Identificar comportamentos relacionados ao consumo e/ou abuso de bebidas alcoólicas. Exemplo: “E a bebida, o senhor deu uma parada, como está isso?”.

1.2 – Incentivo à interação (II): Nesta categoria foram agrupados três comportamentos associados à socialização e relacionamento do profissional com os membros da comunidade, e ainda, propõem que os usuários reflitam sobre seu estado e histórico de saúde.

1) Saudações e despedidas (S/D): O ACS cumprimenta os usuários, mostrando-se agradável com os moradores da comunidade. Exemplo: “Bom dia, como vai a senhora?” “Eu já vou, se precisar é só me procurar no posto, equipe três.”;

2) Socialização com usuário ou familiares (S): O ACS faz algum comentário sobre algo, para demonstrar preocupação e envolvimento com as pessoas da comunidade. Exemplo: “E daí, passou no posto para pegar o remédio?” “Consegui dar a vacina atrasada no teu filho. A enfermeira estava lá no dia que eu pedi para você passar no posto?”;

3) Resgata histórico de saúde dos usuários (RHS): O ACS procura resgatar junto ao usuário seu histórico de saúde, na tentativa de promover reflexão, demonstrando, assim, participação e preocupação com seu estado de saúde. Exemplo: “Lembra que você já teve trombose? Tem que cuidar desse machucado, senão você pode perder a perna. Já pensou? É complicado, não pode descuidar”;

1.3 – Comunicar informações (CI): Nesta categoria foram classificados seis comportamentos, os quais se referem basicamente a determinada orientação sobre questões voltadas à promoção da saúde, como por exemplo, a alimentação saudável e a prática de atividades físicas.

1) Informa ou explica sobre determinado assunto indagado pelo usuário (I/E): O ACS procura informar ou explicar sobre alguma questão que o usuário tenha levantado. Exemplo: “É importante você levar o bebê no médico, porque só ele vai saber dizer se é cedo ou não para você introduzir papinha na alimentação do seu filho.”;

2) Orienta sobre campanhas de saúde realizadas pela UBS/UBSF (OCS): O ACS procura informar sobre as campanhas promovidas pela Secretaria de Saúde, e ainda, orientar quais os dias e horários dos serviços. Exemplo: “No mês que vem vai ter a campanha da gotinha, contra a paralisia infantil, tem que levar seu bebê pra vacinar, não pode esquecer”;

3) Orienta sobre a alimentação (OA): O profissional orienta o usuário de que forma deve preparar os alimentos, e também, que tipo de alimentos deve ser evitado de acordo com a enfermidade da pessoa. Exemplo: “A senhora não pode comer fritura, deve comer mais verduras e frutas. Antes de comer as frutas é preciso lavar bem, com água e sabão”;

4) Orienta sobre a prática de atividade física (OPAF): O ACS expõe sobre a importância da prática de atividades físicas e orienta quais os exercícios que os usuários podem realizar. Exemplo: “É importante que o senhor faça exercícios, vai ao posto pela manhã, aproveita e participa do grupo de atividades físicas. Eu sempre estou insistindo nisto com o senhor, o exercício ajuda a controlar a pressão”;

5) Orienta sobre medidas básicas de higiene (OMBH): O ACS orienta sobre a importância da adoção de medidas básicas de higiene, para a prevenção de inúmeras doenças. Exemplo: “Estas vasilhas jogadas, o senhor precisa juntar e colocar no lixo, para não acumular água, porque o mosquito da dengue não vai acabar, é a gente que tem que cuidar”;

6) Orienta sobre o consumo de bebidas alcoólicas (OCBA): O ACS explica e orienta sobre a importância da prevenção e do cuidado com a saúde, bem como, sobre os danos que o consumo ou abuso de bebidas alcoólicas pode ser danoso ao organismo. Exemplo: “O senhor não pode mais beber, porque está tomando remédio e não pode misturar, senão vai acabar piorando seu estado”.

2 – Recursos Comunicacionais (Subsistema 2)

Referem-se aos recursos utilizados durante a comunicação do profissional com o usuário, que podem se refletir de modo a facilitar ou dificultar a transmissão do conteúdo da informação:

2.1 – Recursos que facilitam (RF): Nesta categoria foram agrupados três comportamentos relacionados basicamente à certificação de que o usuário compreendeu a informação:

1) Investiga sobre compreensão do usuário (ICU): O ACS pergunta sobre algo da informação que foi repassada para se certificar de que houve assimilação do conteúdo. Exemplo:

Após a explicação sobre os horários da administração de determinado medicamento, o ACS questiona: “– Este remédio aqui o senhor vai tomar que horário mesmo?”;

2) Repete explicação ao usuário (REU): Esse recurso também é utilizado pelo profissional para se assegurar de que o usuário irá compreender o conteúdo da informação. Exemplo: “Então, como eu disse antes, não pode deixar atrasar a vacina do seu filho. Vá ao posto para regularizar, porque o mais importante é a saúde do seu filho”;

3) Investiga informação (II): O ACS investiga uma informação dada pelo usuário, na tentativa de compreender melhor o comportamento do mesmo. Exemplo: “Foi o médico que disse que você podia dar outras coisas além do peito para o seu bebê, ou foi você quem deu por conta própria?”

2.2 – Recursos que dificultam (RD): Nesta categoria foram classificados os comportamentos que possivelmente agiram como obstáculos para o estabelecimento de uma comunicação favorável à compreensão do conteúdo transmitido:

1) Interrompe fala do usuário (IFU): O profissional interrompe a fala do usuário para finalizar a visita ou direcionar as informações;

2) Interrupção da orientação (IO): Entrada de outras pessoas da família ou vizinhos durante a realização da orientação feita pelo ACS;

3) Registra informações (RI): O ACS registra informações em praticamente todo o momento da visita, dificultando o estabelecimento de vínculo com os usuários, o que se configura como obstáculo para a adesão de comportamentos solicitados pelo ACS.

Anexo N – Formulários de registro da capacitação

FORMULÁRIO 1 – Associação de ideias

Grupo: Agentes Comunitários de Saúde (UBSF1)

Data: 21.01.11

Associações ao termo Promoção da Saúde	Oficina 1		Total
	Masculino	Feminino	
1. orientação	X	X	8
2. prevenção	X	X	5
3. informação	X	X	5
4. educação	X	X	4
5. higiene		X	4
6. bem-estar	X	X	3
7. visitas		X	3
8. conhecimento	X	X	2
9. compromisso		X	1
10. lazer		X	1
11. respeito		X	1
12. responsabilidade	X		1
13. querer	X		1
14. acolhimento		X	1
15. participar		X	1
16. hábitos saudáveis		X	1
17. comunicação		X	1
18. saber ouvir		X	1
19. desenvolvimento		X	1
20. palestras		X	1
21. alimentação		X	1
22. moradia	X		1
23. bons hábitos	X		1
Total			49

FORMULÁRIO 2 – Definições Iniciais sobre Promoção da Saúde

Grupo: Agentes Comunitários de Saúde (UBSF1)

Data: 21.01.11

Exemplos	Oficina 1	
	Masculino	Feminino
ACS1. Promoção da saúde é facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde, informando a melhor maneira de utilizar o serviço de saúde da forma mais prática		X
ACS2. Promoção da saúde é estar em contato com a necessidade dos pacientes, tentar haver uma troca de responsabilidades, tanto do morador quanto da unidade e ACS.		X
ACS3. Promoção da saúde é bem-estar, estar de bem consigo mesmo, ter condições de moradia, alimentação e educação.		X
ACS4. Promoção da saúde o bem-estar pessoal, social e familiar.		X
ACS5. Promoção da saúde é ter bons hábitos de higiene, alimentação, lazer, prevenção de doenças.		X
ACS6. Promoção da saúde é promover o bem-estar do indivíduo.		X
ACS7. Promoção da saúde é desenvolver atividades com a participação da comunidade no ato de prevenção e cuidados básicos de higiene.		X
ACS8. Promoção da saúde é orientação, compromisso com aquilo que é orientado.		X
ACS9. Promoção da saúde é promover o bem-estar da pessoa para que ela seja orientada sobre o seu estado de saúde.		X
ACS10. Promoção da saúde é orientar, partilhar e saber ouvir. Orientar e aconselhar.	X	
ACS11. Promoção da saúde é ouvir os fatos e resolver o máximo possível.		X
ACS12. Promoção da saúde é localizar a pessoa enferma antes que a doença se agrave e que possa ter um tratamento positivo.		X
ACS13. Promoção da saúde é prevenir.		X
ACS14. Promoção da saúde é um modo de prevenção contra doenças.		X
ACS15. Promoção da saúde é principalmente orientação, educação e participação.		X
ACS16. Promoção da saúde é estar a par dos acontecimentos da comunidade e fazer o possível para orientar e ajudar os necessitados.		X
ACS17. Promoção da saúde é orientação, educação e prevenção.		X
ACS18. Promoção da saúde é dar orientações, fazer acompanhamento do usuário e promover o bem-estar social das pessoas.		X

FORMULÁRIO 3 – Exemplos de atuação em Promoção da Saúde
--

Grupo: Agentes Comunitários de Saúde (UBSF1)

Data: 21.01.11

Definições	Oficina 1	
	Masculino	Feminino
ACS1. Não exemplificou.		X
ACS2. Efetuar palestras educativas em um grupo de mulheres.		X
ACS3. Orientação e prevenção (mas não exemplificou).		X
ACS4. Orientar as pessoas que saúde não é apenas o físico, é também se cuidar mentalmente.		X
ACS5. Orientações nas visitas domiciliares (não foi específica)		X
ACS6. Orientar sobre o destino do lixo.		X
ACS7. Receber orientação e fazer aquilo que é orientado, se seguir as orientações, comprometer-se.		X
ACS8. Não exemplificou.		X
ACS9. Não exemplificou.		X
ACS10. Saúde preventiva tanto do homem quanto da mulher	X	
ACS11. Uma pessoa moradora na área não queria me receber em sua casa, porque ela era negra e os filhos usuários de drogas. Não procurava ajuda, pois tinha vergonha, com dois meses consegui ajudá-la com muita palavra e carinho, mostrando o quanto ela é importante como qualquer cidadão.		X
ACS12. Câncer, tuberculose, hanseníase e outras doenças.		X
ACS13. Não exemplificou.		X
ACS14. Preventivo: é um modo de se prevenir contra o câncer de colo de útero.		X
ACS15. Quando uma pessoa procura orientação sobre uma determinada patologia, o agente procura se informar para poder orientar o morador de forma clara, pra que o mesmo faça exames e com isso se proteja e proteja a família.		X
ACS16. Quando idosos acamados ou debilitados não conseguem ir à UBS e precisam de medicação. O agente de saúde se disponibiliza a levar a medicação ao paciente.		X
ACS17. Na visita eu oriento o usuário que aquela água parada pode ser depósito do mosquito da dengue. Que a pessoa tem que ter hábitos saudáveis e higiene.		X
ACS18. Fazer visita domiciliar, encaminhamentos, etc.		X

FORMULÁRIO 4 – Exemplos de atuação de acordo com a PNPS
--

Grupo: Agentes Comunitários de Saúde (UBSF1)

Data: 28.01.11

Eixos de atuação sugeridos pela PNPS	Exemplos dos ACSs (atividade em grupos)
G1. Alimentação Saudável	Como agente de saúde procuro orientar os moradores de que uma boa alimentação é muito importante para o equilíbrio e saúde do nosso corpo, uma boa alimentação não significa quantidade, mas sim qualidade, além de incluir muitas frutas, verduras e legumes, variando o cardápio. Acrescentando também muito suco, muita água, pois com alimentação saudável é possível evitar muitas doenças inclusive a diabetes e a obesidade, mal que vem crescendo dia a dia.
G2. Prática Corporal/Atividade Física	Eu incentivo os hipertensos a praticar atividades físicas, falo sempre da caminhada com a professora Cleonice, toda quarta e sexta-feira, principalmente os idosos que têm a vida sedentária.
G3. Prevenção e Controle do Tabagismo	Divulgar o tratamento, incentivar a oportunidade e dar um bom exemplo para os filhos que não pratiquem o mesmo erro.
G4. Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas	Orientar a pessoa sobre os males do álcool e das drogas e sobre os benefícios de parar com eles, mostrando a ela um caminho mais saudável para se viver. Orientação e persistência quando a pessoa aceita.
G5. Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito	Ter responsabilidade; não abusar do álcool quando estiver dirigindo; verificar o veículo, fazer revisão; imprudência no trânsito; uso adequado dos equipamentos.
G6. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz	A prevenção da violência vem do ensinamento do cotidiano, a introdução desde a infância sendo assim se cria hábitos de estímulo à cultura de paz.
G7. Promoção do desenvolvimento sustentável	Fazemos curso de artesanato para a população, um estímulo a desenvolver renda e a criatividade. Espaços para expor no posto. Exposição e venda.