

Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador

Thais Lacerda e Silva¹
Elizabeth Costa Dias²
Eliana Cláudia de Otero Ribeiro³

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E.C.; RIBEIRO, E.C.O. Knowledge and practices of community health agents in workers' healthcare. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.38, p.859-70, jul./set. 2011.

Community health agents play a fundamental role in workers' comprehensive healthcare through registering and gathering information on the sociodemographic profile of this population and identifying productive activities developed at home and in the vicinity, along with possible risk factors for workers' health. This study was based on competency reference points and sought to understand community health agents' work processes, placing value on their knowhow and perceptions of work-health-illness relationships, in order to guide the capacitation processes. It was developed in a city located at metropolitan region of Belo Horizonte, Minas Gerais state, and used the card collection technique, which is part of the "Visualization in Participatory Programmes" method. Actions within the fields of competency of health promotion and organization of healthcare were identified. The results stress the importance of new studies that take into consideration the changes in community health agents' work processes when aiming to developing workers' healthcare actions.

Keywords: Occupational Health. Primary Health Care. Competency-Based Education. Community health agent.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham papel fundamental na atenção integral à saúde dos trabalhadores, cadastrando e recolhendo informações sobre o perfil sociodemográfico desta população, identificando atividades produtivas desenvolvidas no domicílio e peridomicílio e os possíveis fatores de risco para a saúde dos trabalhadores. Este estudo baseia-se no referencial das competências e busca compreender o processo de trabalho do ACS, valorizando seu *saber fazer* e sua percepção sobre as relações trabalho-saúde-doença, para orientar os processos de capacitação. Foi desenvolvido em um município da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais e utilizada a técnica *card collection*, que integra o método VIPP (*Visualization in Participatory Programmes*). Foram identificadas ações nas áreas de competência: promoção da saúde/prevenção de doenças e organização do cuidado. Os resultados reforçam a importância de novos estudos que considerem as mudanças no processo de trabalho do ACS ao se pretender desenvolver ações de saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Atenção primária à saúde. Educação baseada em competência. Agente comunitário de saúde.

¹ Projeto "Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde", grupo Saúde & Trabalho, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Prof. Alfredo Balena, 190, 8º andar/sala 817, Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil. thaislacerda@gmail.com
² Departamento de Medicina Preventiva e Social, UFMG.
³ Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica, Instituto Nacional de Câncer.

Introdução

A definição da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo organizador do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Pacto pela Saúde de 2006 (Brasil, 2006), impôs a necessidade de rearranjo institucional e a definição de novas atribuições e papéis para os profissionais de saúde e o controle social.

Na atenção à Saúde do Trabalhador, essas mudanças se expressam, entre outras, no desafio de fazer com que a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), principal estratégia de implementação da Política para a área, organize as ações a partir da APS e redefina o papel a ser cumprido pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Neste contexto, algumas das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) necessitam ser requalificadas, com implicações para os processos de capacitação e educação permanente desses profissionais.

Os ACS vêm se transformando em força de trabalho numerosa e constituem-se atores importantes para o reordenamento do cuidado no SUS, desde o início da institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991. Seu trabalho pode ser considerado complexo em função do papel de "elo" entre a comunidade e a equipe, que se expressa em um movimento duplo: decodifica, para a população, "modos de fazer" do sistema oficial e fornece, aos profissionais de saúde, elementos essenciais para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população (Nunes, 2002).

Na produção do cuidado à saúde dos trabalhadores, os agentes desempenham papel fundamental, em especial, pela facilidade de acesso aos usuários no território de atuação, possibilitando a identificação do perfil ocupacional dos membros das famílias, das atividades produtivas desenvolvidas no espaço domiciliar e peridomiciliar, e dos fatores de risco para a saúde e o ambiente relacionados aos processos produtivos.

O desempenho desse papel requer do ACS múltiplos saberes e habilidades, o que pressupõe a necessidade de formação sólida e permanente deste trabalhador, com foco na atuação em equipe.

Essas exigências, quanto ao desempenho, ganham relevância no cenário das mudanças, na configuração do trabalho e nas relações de produção, que têm resultado no aumento do trabalho informal, familiar e em domicílio (Dias et al., 2011).

É nesse contexto que se destaca o desafio de preparar o ACS para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, reconhecendo a diversidade de suas experiências diárias de enfrentamento dos problemas que envolvem as relações trabalho-saúde-doença e incorporando esses saberes nos processos de capacitação. Assim, a partir do reconhecimento de conceitos e práticas por eles empregados no cotidiano de trabalho, o presente estudo busca favorecer a definição de conteúdos que devem compor seu processo de educação permanente.

Este artigo traça o perfil de competência dos ACS para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, construído com base na valorização do *saber fazer* destes trabalhadores, incorporando o próprio trabalhador no processo. Também são discutidas as principais dificuldades relatadas pelos agentes para a implementação dessas ações.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo-exploratório de construção coletiva visando definir o perfil de competência dos ACS para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador.

Utilizou-se a abordagem dialógica de competência, definida como sendo a mobilização de atributos pessoais para a realização de ações em contextos específicos. A ação, própria do campo profissional, e os atributos a ela subjacentes e mobilizados em um contexto específico conformam o desempenho, por meio do qual se pode inferir a competência (Ribeiro, Lima, 2003).

Foi utilizada a técnica "card collection", que integra o método "Visualization in Participatory Programmes" (VIPPP) (Unicef, 1993), buscando a identificação, análise e discussão das tarefas

desenvolvidas pelos agentes e os atributos mobilizados para desempenhá-las. VIPP integra um conjunto de técnicas de grupos utilizadas para facilitar a interação entre os atores envolvidos e criar um processo de construção do conhecimento coletivo.

A opção pela construção coletiva do perfil de competência do ACS para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador está embasada na valorização de seu *saber fazer*, princípio fundador da área. Nesse sentido, contribuir para a qualificação dos agentes exige conhecer e apreender os saberes e práticas que eles mobilizam para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador em seu território de atuação.

O estudo foi realizado em um município da região metropolitana de Belo Horizonte, MG. Na escolha do local influíram o perfil produtivo complexo do município, lócus de diversas atividades produtivas de grande, médio e pequeno porte, e a experiência de trabalho integrado do CEREST com a rede básica de saúde. Foram selecionadas unidades de saúde com presença exclusiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, devido à predominância deste modelo no município em estudo. Outros critérios utilizados para a escolha das unidades estudadas foram: a) maior cobertura da população adscrita pelo Pacs, b) grau de articulação prévia com o CEREST regional, e c) desenvolvimento prévio de ações de Saúde do Trabalhador, entre elas, o mapeamento das atividades produtivas e a notificação de agravos relacionados ao trabalho.

Com base nos critérios enunciados, foram escolhidas duas unidades básicas de saúde. O critério de maior tempo de atuação no Pacs foi utilizado para a seleção dos vinte ACS participantes do estudo. O grupo ficou constituído por agentes do sexo feminino, com escolaridade mínima de Ensino Fundamental completo, média de idade de 44,4 anos e tempo médio de serviço na função de 8,3 anos.

O perfil de competência foi construído com base em três oficinas. Na primeira, os ACS foram convidados a explicitar sua compreensão sobre as relações trabalho-saúde-doença e a relatar as ações desenvolvidas consideradas como "ações de Saúde do Trabalhador". Tarjetas foram distribuídas às agentes para que pudessem escrever as ações realizadas, que, a seguir, foram afixadas em um mural de forma a permitir o reconhecimento das atividades descritas. A discussão das atividades registradas no painel permitiu o seu reagrupamento segundo sua natureza e a forma como são desempenhadas. Os relatos dos ACS foram registrados por dois relatores e as discussões gravadas. Os registros, complementados pelas transcrições das gravações, foram sistematizados em matriz de análise utilizada para identificar os núcleos de sentido, tal como proposto por Bardin (2007). Os resultados da análise permitiram a construção do perfil de desempenhos dos ACS.

Na segunda oficina, destinada à validação dos desempenhos pelos ACS, foi solicitado aos agentes que indicassem o grau de concordância ou discordância com cada desempenho expresso nos enunciados, organizados previamente, utilizando-se a escala Likert (Malhotra, 1996). Foram considerados válidos os itens que obtiveram grau de concordância total ou parcial. Após a avaliação dos agentes acerca dos itens descritos nos quadros, discutiram-se os itens assinalados na escala abaixo de três (sem opinião; discordância parcial ou total). As sugestões de mudanças da forma e da linguagem empregadas na descrição dos desempenhos foram incorporadas e validadas pelos agentes.

A terceira oficina contou com a participação de profissionais envolvidos na linha de cuidado do usuário trabalhador: gestores, médicos e assistente social das unidades básicas de saúde (UBS) e do CEREST, enfermeiros coordenadores do Pacs, e representantes dos ACS que haviam participado da primeira e segunda oficina, totalizando 19 profissionais. Nesta oficina foi discutido e validado o perfil de competência dos ACS utilizando-se a mesma escala Likert.

Os participantes das oficinas assinaram, previamente, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), conforme a Resolução 196/96.

Resultados

A descrição das ações reportadas pelos ACS e caracterizadas por eles como pertencentes ao campo da Saúde do Trabalhador se assemelha àquelas descritas no Caderno 5 da Atenção Básica:

notificar à equipe de saúde a existência de trabalhadores em situação de risco, trabalho precoce e trabalhadores acidentados ou adoentados pelo trabalho; informar à família e ao trabalhador o dia e o local onde procurar assistência e planejar e participar das atividades educativas em Saúde do Trabalhador. (Brasil, 2001, p.16)

É interessante observar que os ACS incorporam essas ações na sua prática cotidiana em seu território de atuação, ainda que não tenham recebido preparação específica para tal.

A identificação das ações desenvolvidas e dos atributos mobilizados para sua execução permitiu a definição dos desempenhos, os quais foram organizados em duas áreas de competência: promoção da saúde e prevenção de doenças/agravos e organização do cuidado.

As discussões sobre as ações desenvolvidas no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças/agravos permitiram apreender os desempenhos descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Perfil de competência dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador

Área de competência: Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos/Doenças
Desempenhos
Em sua visita domiciliar o agente observa, identifica e registra em que as pessoas trabalham e as situações de trabalho de todos os membros da família, reconhecendo o trabalho como fator importante na promoção da saúde e na prevenção de agravos em diferentes faixas etárias e gêneros.
Observa cuidadosamente o espaço domiciliar e peridomiciliar, em busca das atividades produtivas desenvolvidas no território, e identifica os possíveis fatores de riscos relacionados e que podem estar expondo o trabalhador, família ou a comunidade.
Orienta, de forma ética, o trabalhador sobre os riscos a que ele pode estar exposto, assegurando uma escuta atenta ao valor que ele dá ao que faz, às precauções e/ou medidas que ele toma para preservar seu trabalho/emprego e ao conhecimento que já tem sobre as doenças ocupacionais.
Busca sensibilizar o trabalhador para o reconhecimento da importância de seu trabalho como produtor de saúde e potencial produtor de doença.
Explorando a liderança que possui em sua área de abrangência e o conhecimento que tem pelo levantamento e registro de informações sobre doenças e/ou acidentes relacionadas ao trabalho, participa do planejamento de mutirões na comunidade, ligados à saúde do trabalhador.
Com base na sistematização, na unidade básica de saúde, dos dados obtidos no registro de ocupações, riscos e agravos à saúde do trabalhador, participa de grupos de discussões e práticas educativas para usuários com doenças específicas relacionadas ao trabalho.

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos/doenças podem ser sintetizadas em: a) o mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território de abrangência da unidade, incluindo o trabalho domiciliado; b) a identificação de fatores de risco para a saúde e o ambiente, relacionados ao trabalho; c) a orientação sobre medidas de prevenção de agravos e proteção do trabalhador, e d) a participação em ações de mobilização social.

Na área de organização do cuidado, foram identificadas as ações de: a) identificação e acompanhamento do cuidado dos usuários acidentados no trabalho ou portadores de doenças relacionadas ao trabalho; b) identificação e análise de problemas e necessidades da população possivelmente relacionados ao trabalho, e c) a comunicação desses problemas às equipes de saúde. Os desempenhos requeridos para o desenvolvimento dessas ações podem ser visualizados no Quadro 2.

Os conhecimentos e as habilidades requeridos para o desenvolvimento dessas ações, assim como as dificuldades e problemas identificados para concretizá-las, serão discutidos a seguir.

Quadro 2. Perfil de competência dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador

Área de competência: Organização do Cuidado
Desempenhos
Inclui as atividades de saúde do trabalhador em sua agenda de ações de saúde (como por exemplo: nas visitas domiciliares, no planejamento de grupos educativos etc), com base em sua compreensão ampliada de saúde, que inclui qualidade de vida, alimentação, moradia, trabalho e lazer, e de que o trabalhador formal ou informal é um usuário do SUS.
Atua como elo entre a comunidade e as unidades básicas, por meio do registro preciso e repasse das informações oportunas à equipe, reconhecendo seu papel na prevenção de agravos relacionados ao trabalho.
Realiza registro das informações sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho em instrumentos ajustados para esta finalidade e assegura o repasse dessas informações à equipe, compreendendo a importância do registro das informações de problemas relacionados ao trabalho para que se tornem prioridade de atuação nas UBS.
Busca estabelecer relação entre queixas dos membros das famílias de sua área de atuação e as atividades produtivas desenvolvidas. Respeitando os princípios éticos, inclui, em seus relatórios à coordenação da UBS, informações relativas aos achados ligados à saúde do trabalhador relevantes para a organização do plano de cuidado ao usuário.
Discute com a equipe, sempre que possível, as possibilidades de melhoria de acesso, acolhimento e encaminhamento ágil, com base no conhecimento das necessidades e dificuldades do usuário trabalhador, entre elas, a frequente resistência do empregador na liberação do trabalhador para a realização de consultas médicas em serviços de saúde.

Discussão

O perfil dos ACS que participaram desse estudo apresenta semelhanças com o de outros registros encontrados na literatura, no que se refere ao gênero, idade e escolaridade (Martins et al., 1996; Ferraz, Aertz, 2005).

A predominância de mulheres desempenhando a função de Agente Comunitário de Saúde tem sido correlacionada ao papel tradicional de cuidadora que a mulher desempenha na sociedade (Ferraz, Aertz, 2005). A possibilidade de se tornar uma ACS representou, para muitas dessas mulheres, o ingresso no mercado de trabalho e a remuneração de atividades que, muitas vezes, desenvolviam em caráter voluntário na comunidade (Silva, 2001).

O tempo de serviço no Pacs, em média 8,3 anos, sinaliza baixa rotatividade desse trabalhador na atividade e constitui um fator importante no processo de qualificação do agente, que se constrói em suas práticas diárias de trabalho (Ferraz, Aertz, 2005).

É interessante registrar que as ACS que participaram do estudo não haviam recebido nenhuma capacitação específica no tema Saúde do Trabalhador. Entretanto, sua formação técnica com foco na concepção ampliada de saúde e a experiência adquirida no desenvolvimento de suas práticas diárias com a comunidade facilitaram o reconhecimento do trabalho enquanto determinante do processo saúde-doença.

Perfil de competência requerido do ACS para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador

No elenco de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos/doenças prescritas para serem desenvolvidas pelos ACS, as que se referem ao campo da Saúde do Trabalhador são restritas em decorrência de fatores diversos, tais como: a falta de informações sobre o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores; a priorização no desenvolvimento de ações direcionadas aos grupos definidos a partir de diretrizes nacionais, como, por exemplo, o controle da hipertensão e diabetes, o cuidado materno-infantil; a persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas; entre outros.

Entre as sugestões para facilitar o desenvolvimento dessas ações, os ACS destacaram a importância da identificação da ocupação de todos os membros das famílias adscritas às unidades básicas de saúde e o reconhecimento das atividades produtivas desenvolvidas no território de atuação, com ênfase no trabalho domiciliado.

Na rotina de trabalho dos ACS, o preenchimento do item "ocupação" na ficha de cadastramento familiar, denominada ficha A (Brasil, 1998), permite a caracterização do perfil ocupacional da população adscrita. Já a identificação das atividades produtivas presentes no território deve estar incluída no diagnóstico situacional, realizado pelas equipes da APS na fase de reconhecimento do território para a implantação das equipes, devendo ser atualizado periodicamente.

A identificação e caracterização das atividades produtivas desenvolvidas no domicílio são feitas pelo ACS durante as visitas domiciliares. Para isso, os ACS devem contar com instrumentos, suporte técnico e capacitação permanente. No estado de Minas Gerais, a Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde elaborou uma ficha de cadastro de atividades produtivas domiciliares, que inclui a identificação dos possíveis riscos para a saúde decorrentes de seu desenvolvimento. Essas informações obtidas deverão subsidiar as equipes no planejamento e desenvolvimento das ações de vigilância e assistência direcionadas a esse grupo de trabalhadores.

Uma observação ou queixa recorrente dos ACS se refere à não-incorporação, de forma sistemática, das informações sobre as atividades produtivas desenvolvidas nos espaços domiciliares e peridomiciliares, no planejamento de ações de saúde direcionadas ao cuidado dos trabalhadores.

Uma explicação para o fato achado deve-se à ênfase no desenvolvimento de programas básicos prescritos, tais como: o controle de hipertensão, diabetes, tuberculose, entre outros, desconsiderando o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença.

Os resultados do estudo também permitiram identificar, como importante dificuldade a ser superada nos processos de educação permanente dos ACS, a otimização do registro das ocupações dos membros das famílias. Para isto é fundamental que o ACS compreenda o conceito de trabalhador na perspectiva do SUS. De acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS, trabalhadores são "todos os homens e mulheres que exercem atividades para seu próprio sustento e ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formal e informal da economia" (Brasil, 2004, p.4).

Por outro lado, a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) define ocupação como sendo "a atividade exercida pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho, como por exemplo, o trabalho autônomo", o que é distinto e independente da profissão do cidadão (Brasil, 2009).

A dificuldade do ACS em reconhecer o trabalhador do setor informal está refletida no manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que orienta os profissionais a registrarem, no espaço "atendimento específico para acidente de trabalho", presente na ficha D, somente os atendimentos em que o laudo do exame médico constante do verso da CAT (comunicação de acidente de trabalho) estiver preenchido (Brasil, 1998). Observa-se que esta orientação contraria o princípio de universalidade, na medida em que não inclui, como acidente de trabalho, as ocorrências com os trabalhadores que não são cobertos pelo Seguro de Acidente do Trabalho (SAT) da Previdência Social.

Assim, os ACS e uma parcela significativa dos profissionais do SUS necessitam ser orientados, no sentido de incorporarem o conceito abrangente de trabalhador descrito na PNST para o desempenho adequado de suas atividades. Essa mudança implica superar barreiras culturais históricas que associam a figura do trabalhador ao vínculo formal registrado na carteira de trabalho.

Os ACS também expressaram a dificuldade de distinguir profissão de ocupação, o que prejudica o preenchimento desse item na ficha A. Nesse sentido é importante que estes conceitos estejam claros tanto para o agente quanto para o familiar entrevistado. O ACS deve estar preparado para identificar os trabalhadores e as diferentes situações de trabalho desenvolvidas em seu território de atuação.

Outra questão relevante nas práticas dos agentes se refere ao desenvolvimento da habilidade de percepção de risco, que segundo Wiedmann (1993, p.3) é: "a habilidade de interpretar uma situação de potencial dano à saúde ou à vida da pessoa, ou de terceiros, baseada em experiências anteriores e sua extrapolação para um momento futuro, habilidade esta que varia de uma vaga opinião a uma firme convicção".

Observou-se que a percepção que os ACS têm dos riscos presentes no trabalho está relacionada à identificação do perigo. Guilherme (2008) diferencia os conceitos de risco e perigo. Define que risco “é a probabilidade e a intensidade de dano resultante da exposição a um perigo”. O mesmo autor define perigo como um agente (físico, químico ou biológico) ou uma ação que pode causar dano. No dicionário Houaiss (2009), perigo é uma situação ou eventualidade em que pode ocorrer um dano.

Para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na APS, o ACS deve ser capaz de identificar situações de perigo presentes nas atividades produtivas potencialmente geradoras de danos e agravos à saúde dos trabalhadores e da comunidade, em particular naquelas que são desenvolvidas no domicílio.

As discussões com os ACS revelaram que o desenvolvimento de atividades produtivas no domicílio é frequente e, muitas vezes, representa a alternativa encontrada pela família para garantir seu sustento. Essas atividades são geralmente desenvolvidas de forma rudimentar e improvisadas, sem conhecimento sobre os riscos e medidas de proteção/prevenção aos trabalhadores.

O trabalho domiciliar pode ser considerado como a atividade remunerada exercida no espaço de moradia de quem o realiza. Tal atividade pode assumir a forma assalariada ou por conta própria, podendo o trabalhador realizar todo o processo produtivo ou algumas de suas etapas (Neves, Pedrosa, 2007).

A identificação das diferentes situações de risco à saúde, relacionadas ao desenvolvimento das atividades produtivas, permite ao agente: levar essa informação para ser incorporada no planejamento das ações de saúde; contribuir para a orientação sobre a adoção de medidas de prevenção e proteção de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, e encaminhar, sempre que necessário, o usuário trabalhador à unidade básica de saúde responsável pelo seu acompanhamento.

No que se refere às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos/doenças, é importante observar o papel desempenhado pelos ACS, em particular no desenvolvimento de ações educativas.

A habilidade de saber ouvir os usuários foi destacada pelos ACS como sendo de grande relevância para a realização das ações educativas. Nesse sentido, a orientação sobre os possíveis riscos para a saúde e para o ambiente, relacionados ao seu trabalho, e as possíveis medidas de proteção tem, como ponto de partida, a percepção do trabalhador sobre seu trabalho. Isto requer do agente escuta qualificada e a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para orientar e encaminhar adequadamente o trabalhador.

A atitude de escuta pressupõe a capacidade do profissional de propiciar um “espaço para que o usuário possa expressar o que sabe, pensa e sente em relação à sua situação de saúde, bem como de responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades do usuário” (Filgueira, Deslandes, 1999, p.124).

Ceccim (2004) destaca que é preciso modificar o processo de formação dos trabalhadores da saúde, que têm sido formados como se já possuíssem habilidades inatas, como, por exemplo, a capacidade de escuta de forma qualificada.

Os agentes demandam qualificação e supervisão para realizarem as orientações sobre os riscos relacionados ao trabalho e as medidas de proteção do trabalhador, utilizando, muitas vezes, seus próprios saberes extraídos do senso comum e de suas experiências anteriores. Silva (2001) destacou, em seu estudo, a falta de instrumentos, tecnologias e saberes para as diversas dimensões esperadas do trabalho do agente. A autora reitera o uso, pelos ACS, do saber “emprestado” dos profissionais da equipe, como médicos e enfermeiros.

A postura de “agente educador” assumida pelos ACS se aproxima da conceituação de Freire (1997) sobre a educação enquanto comunicação, diálogo. Segundo o autor, a comunicação implica uma reciprocidade, não admitindo o sujeito passivo. Destaca que o diálogo deve ser capaz de diminuir a distância entre a expressão significativa do técnico e a percepção, pelos trabalhadores, em torno do significado. Em suas palavras: “A expressão verbal de um dos sujeitos tem que ser percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito. Se não há acordo em torno dos signos, como expressão do objeto significado, não pode haver compreensão entre os sujeitos, o que impossibilita a comunicação” (Freire, 1977, p.67).

Nas falas dos ACS, foi possível perceber sua compreensão de que o fazer educativo não se reduz ao ato de transmissão ou de extensão de um saber, mas implica a comunicação, o diálogo.

Além das ações direcionadas para as famílias nas visitas domiciliares, os agentes também desenvolvem trabalhos com grupos e com a comunidade. Algumas delas, classificadas neste estudo como sendo pertencentes ao campo da promoção e prevenção, são formas de participação em projetos de mutirão e mobilização social. Os agentes têm sido aliados importantes no planejamento e desenvolvimento de projetos de mobilização social, em grande parte devido à sua aceitação na comunidade, o que facilita a sensibilização e adesão da população. Além deste papel, observa-se também a importância de suas percepções e o valor da coleta de informações acerca das condições de saúde da população, o que, muitas vezes, representa o direcionamento para o planejamento deste tipo de ação.

A mobilização social é algo que “ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade, decide e age com um objetivo comum, buscando cotidianamente, os resultados desejados por todos” (Toro, Werneck, 2004, p.11). Os autores destacam ainda que mobilizar “é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido também compartilhados”.

No campo da Saúde do Trabalhador, a mobilização social é uma ferramenta de atuação importante, na medida em que requer a atuação de diferentes atores, como os próprios trabalhadores, empresas, profissionais de saúde, entre outros, e, ao mesmo tempo, demanda o estabelecimento de diferentes níveis de vinculação e responsabilização desses atores no processo.

No campo da organização do cuidado, observou-se que os ACS desenvolvem ações de acompanhamento do cuidado do usuário trabalhador, incluindo: a identificação de necessidades e problemas decorrentes das relações trabalho-saúde-doença, a comunicação às equipes de saúde, e o acompanhamento das ações de saúde.

Para o campo da Saúde do Trabalhador, é essencial que o ACS reconheça o usuário como trabalhador e, a partir desse reconhecimento, identifique as demandas e necessidades destes usuários. Isto implica, entre outras coisas, que o agente incorpore, em suas práticas, o conceito ampliado de saúde, como definido na Lei Orgânica de Saúde 8.080: “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990, p.1).

Entre as dificuldades observadas a partir dos depoimentos dos agentes sobre o desenvolvimento de seu trabalho, destaca-se a convivência com o sentimento de frustração e desgaste decorrente do tensionamento entre o que a população apresenta como demanda e o que as instituições podem oferecer para sua resolução. Campos (1997) explica que isso ocorre quando se tomam os valores de uso e utilidade do serviço como se fossem equivalentes às necessidades sociais.

Tal fato se agravou com a implementação do Pacs em grandes cidades, colocando, em evidência, uma nova lógica de necessidades sociais advindas de questões como: o desemprego, a violência, o uso de drogas, entre outras. Neste sentido, as equipes da APS lidam, de forma crescente, com outras necessidades sociais/de saúde, além das já incorporadas nos serviços, como, por exemplo: o controle da hipertensão, da diabetes e a assistência materno-infantil (Furlan, 2008).

Essas questões apontam para a importância de capacitação dos profissionais que atuam na APS para a realização da análise do território, que consiste na coleta e sistematização de dados demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, político-culturais e sanitários (Monken, Barcellos, 2005). Esses dados irão possibilitar: o conhecimento da situação de saúde e condições de vida da população, a eleição de problemas prioritários, e a identificação de dispositivos necessários para o desenvolvimento de intervenções intersetoriais e interinstitucionais, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de ações mais efetivas.

Muitas vezes, o não-atendimento das demandas da população identificadas pelos ACS é interpretado pela comunidade como sendo decorrente da pouca resolubilidade de seu trabalho, resultando na falta de reconhecimento das ações desenvolvidas pelos agentes (Jardim, Lancman, 2009).

É interessante observar que os ACS atribuem as dificuldades encontradas para transformar as demandas da comunidade em ações resolutivas, no âmbito da vigilância e assistência, à falta do reconhecimento dos problemas decorrentes da relação trabalho-saúde-doença, enquanto um problema de saúde pública, que, assim, não são priorizadas pelas equipes da APS.

Nesse sentido, os agentes chamam a atenção para a necessidade de se ampliar a visibilidade dos problemas relacionados ao trabalho por meio do registro dos dados sobre doenças e acidentes relacionados ao trabalho previstos na Portaria 104 (Brasil, 2011). Como exemplo, fazem analogia à situação de combate à dengue, que é entendido como prioritário pelo governo e equipes de saúde. Os ACS destacaram que o fato de registrarem, com qualidade e quantidade, dados sobre os agravos relacionados ao trabalho em um determinado território poderá contribuir para o entendimento da questão enquanto problema de saúde pública.

A demanda dos ACS por capacitação e suporte técnico, manifestada a propósito da melhoria dos registros de doenças e agravos relacionados ao trabalho, também aparece em relação à identificação de situações de trabalho desenvolvidas nos domicílios e aos perigos relacionados.

Na área de organização do cuidado, o ACS orienta o usuário sobre o caminho a ser percorrido na rede, informando-o sobre o fluxo para a atenção integral. As visitas domiciliares do ACS, além de permitirem o acompanhamento do usuário na linha de cuidado do SUS, favorecem a identificação e superação de obstáculos para uma atenção ágil e resolutiva.

Entre as limitações para o acesso ao cuidado, os ACS destacaram a baixa procura dos trabalhadores, particularmente do sexo masculino, às unidades básicas de saúde, explicada, além dos fatores culturais, pelas restrições impostas pelo horário de funcionamento do serviço, muitas vezes incompatível com o horário de trabalho do usuário.

Recente estudo etnográfico, desenvolvido sobre a relação do homem e a assistência à saúde na APS, reforça estes achados e aponta a criação de horários alternativos para o atendimento dos trabalhadores como uma das estratégias facilitadoras. Entretanto, outros fatores citados foram: a inexistência de programas voltados para a atenção à saúde dos homens e a incapacidade dos profissionais de reconhecerem os homens como usuários nos serviços (Couto et al., 2010).

Pode-se observar, finalmente, que o conhecimento da atuação do agente na Saúde do Trabalhador, para a construção do perfil de competência, desvelou a discrepância existente entre o que é prescrito e o que é seu trabalho real. Apesar de o SUS definir a promoção da saúde como foco de atuação do ACS, ele continua enfrentando “problemas velhos”, entre eles: o controle da desnutrição, a mortalidade materna e infantil, e a cura da tuberculose. Somam-se a estes, as diversas demandas e problemas que acompanham os processos de urbanização, como: a favelização, a falta de saneamento básico, o desemprego, o aumento da poluição e a distribuição desigual dos riscos para a saúde advindos de processos produtivos instalados nas periferias, que transformam a forma de adoecer e morrer dos trabalhadores e da população circunvizinha.

Assim, faz-se necessário realizar estudos mais detalhados sobre as mudanças que vêm ocorrendo no processo de trabalho do ACS diante da ampla diversidade de problemas, necessidades e demandas que integram seu território de atuação, a fim de contribuir para a melhoria dos processos de qualificação e valorização profissional destes atores tão importantes para o desenvolvimento da atenção integral à saúde no SUS.

Considerações finais

Os resultados do estudo demonstram que as ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelos ACS em seu território de abrangência podem ser caracterizadas como pontuais e pouco institucionalizadas, dependendo, em grande parte, de iniciativas pessoais.

Observou-se que o agente não possui preparação prévia específica para lidar com as questões que envolvem a relação trabalho-saúde-doença, o que o faz recorrer ao senso comum e/ou aos saberes adquiridos em experiências prévias com outros usuários ou, até mesmo, com familiares, para orientar o encaminhamento dos problemas. É necessário que os processos de capacitação e educação permanente dos ACS incorporem essas questões, permitindo o desenvolvimento de ações resolutivas de cuidado dos trabalhadores.

O estudo possibilitou desvelar que, entre as dificuldades enfrentadas pelo ACS no desenvolvimento de seu trabalho, estão aquelas decorrentes da ambiguidade do lugar que ocupa no SUS, ora representando a comunidade, ora a equipe de saúde.

Outra questão de destaque refere-se à pouca valorização do trabalho do agente pelas equipes de saúde, que têm dificuldades para incorporar as informações coletadas por eles no planejamento e execução das ações de saúde direcionadas aos usuários e famílias.

A participação plena dos ACS no desenvolvimento do cuidado aos trabalhadores requer, além de investimentos na educação permanente, a revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde.

Colaboradores

Thais Lacerda e Silva responsabilizou-se pela revisão da literatura, o delineamento da metodologia, o estudo de campo e a redação do manuscrito. Elizabeth Costa Dias participou do delineamento da metodologia, do estudo de campo e colaborou na redação do manuscrito. Eliana Cláudia Ribeiro colaborou no delineamento da metodologia, estudo de campo e revisão do manuscrito.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 104, de 25 de janeiro de 2011. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do referido Pacto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, 5**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do sistema de informação de atenção básica (SIAB)**. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Lei n.8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p.1.

CAMPOS, G.W.S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.113-24.

- CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2004.
- COUTO, M.C. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, 2010.
- DIAS, E.C. et al. Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). In: GOMEZ, C.M.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.107-22.
- FERRAZ, L.; AERTZ, D.R.G. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.2, p.347-55, 2005.
- FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad. Saude Publica**, v.15, supl.2, p.121-31, 1999.
- FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- FURLAN, P.G. O agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.368-87.
- GUILHERME, L.R.G. Fundamentos da análise de riscos. In: BORÉM, A.; GIÚDICE, M. (Orgs.). **Biotecnologia e meio ambiente**. Viçosa: UFV, 2008. p.135-66.
- HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.28, p.123-35, 2009.
- MALHOTRA, N.K. **Marketing research: an applied orientation**. New Jersey: Prentice Hall, 1996.
- MARTINS, C.L. et al. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. **Rev. Saude Debate**, v.51, p.38-43, 1996.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saude Publica**, v.21, n.3, p.898-906, 2005.
- NEVES, M.A.; PEDROSA, C.M. Gênero, flexibilidade e precarização: o trabalho a domicílio na indústria de confecções. **Soc. Estado**, v.22, n.1, p.11-34, 2007.
- NUNES, M.O. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saude Publica**, v.18, n.6, p.1639-46, 2002.
- RIBEIRO, E.C.O.; LIMA, V.V. Competências profissionais e mudanças na formação. **Olho Mágico**, v.10, n.2, p.47-52, 2003.
- SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.
- TORO, J.B.; WERNECK, N.M. **Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.
- UNICEF. **Visualisation in Participatory Programme (VIPP)**. Bangladesh: Unicef, 1993.
- WIEDEMANN, P.M. **Introduction risk perception and risk communication**. Jülich: Programme Group Humans, Environment, Technology (MUT), Research Centre Jülich, 1993.

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E.C.; RIBEIRO, E.C.O. Saberes y prácticas del agente comunitario de salud en la atención a la salud del trabajador. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.859-70, jul./set. 2011.

Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) desarrollan un papel fundamental en la atención a los trabajadores. Identifican las características de la población trabajadora, las actividades productivas desarrolladas dentro y cerca de los hogares y los factores de riesgo para la salud relacionados a estos procesos de trabajo. Este estudio orienta los procesos de capacitación para el desarrollo de estas actividades, basado en el modelo de competencias. Fue realizado en una ciudad metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, y fue utilizada la técnica de tarjetas de colección, buscando entender el proceso de trabajo de los ACS y su percepción sobre las relaciones trabajo-salud-enfermedad. Fueron identificadas acciones en las áreas de promoción y prevención en salud y la organización del cuidado, que necesitan ser incorporadas en las capacitaciones. Los resultados refuerzan la importancia de nuevos estudios que consideren cambios en el proceso de trabajo de los agentes al pretenderse desarrollar acciones de la salud del trabajador.

Palabras clave: Salud laboral. Atención primaria de Salud. Educación basada en competencias. Agente comunitario de salud.

Recebido em 16/06/10. Aprovado em 27/12/10.