**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

IARA CRISTINA PEREIRA

**POSSIBILIDADES E LIMITES DO TRABALHO DE
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**São Paulo
2015**

IARA CRISTINA PEREIRA

**POSSIBILIDADES E LIMITES DO TRABALHO DE
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira.

“Versão corrigida”

A versão original encontra-se na Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

**São Paulo
2015**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE
QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pereira, Iara Cristina

Possibilidades e limites do trabalho de agentes
comunitários de saúde para a promoção da saúde /
Iara Cristina Pereira – São Paulo, 2015.
273 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Maria Amélia de Campos
Oliveira

1. Administração de Recursos Humanos. 2. Agentes
Comunitários de Saúde. 3. Promoção da Saúde. 4.
Atenção Primária à Saúde. I. Título

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Iara Cristina Pereira

Título: Possibilidades e limites do trabalho de agentes comunitários de saúde para a promoção da saúde.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu pai Natalino Pereira (in memoriam) que, tenho certeza, deve estar orgulhoso por esta realização. Obrigada por ter me ensinado o valor da responsabilidade, da conquista, do estudo e do trabalho.

AGRADECIMENTOS

A essa força maior chamada **Deus**, que inspira, modela e vivifica tudo que há dentro e fora de nós mesmos. É a fonte de paz e serenidade para a superação dos desafios e inspiração de novos e eternos sonhos. Dá-nos a certeza de que podemos realizar muitos dos nossos projetos, mesmo quando nós nem sabemos exatamente como começá-los.

À minha mãe Wilma Pereira pela docilidade mesmo em momentos de total ausência de lucidez.

Ao meu irmão padre Carlos Alberto Pereira pelo apoio em momentos difíceis.

À profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, por acolher a ideia, o projeto e por respeitar meus limites e anseios. A sua grande capacidade de discernimento e orientação sensível muito contribuiu para a construção desta tese. Obrigada por acreditar em mim.

Às profas. Dra. Ana Chiesa e Dra. Cláudia Maria Bógus, por terem demonstrado interesse em ler este trabalho para qualificação, e que contribuíram com várias sugestões.

Aos docentes da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que dedicam seus cotidianos na construção de um mundo melhor e que ampliaram os meus conhecimentos.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelos sorrisos e disponibilidade, sempre acolhedores.

Aos meus colegas de pós-graduação pelo convívio solidário, pelas experiências e discussões compartilhadas.

À profa. Dra. Maria Lucia Ivo, pelo apoio prestado antes do processo de seleção para doutorado, por ajudar em meus momentos de reflexão, por me fazer acreditar em minhas próprias possibilidades.

À colega e amiga profa. Dra. Olinda Maria Rodrigues de Araújo pela amizade, carinho e incentivo mesmo nas situações adversas.

Às colegas e profas. Dra. Vilma Ribeiro da Silva e Dra. Maria Angélica Marchetti por compartilharem suas experiências na época em que eram doutorandas. Nossas conversas foram valiosas.

As colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pela generosidade quando precisei me ausentar de minhas atividades.

À bibliotecária Alessandra Borgo da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pela ajuda constante.

À Denyse Pauluci pela dedicação e paciência que demonstrou na organização e formatação deste trabalho. Sem a sua ajuda não teria chegado até aqui. Muito obrigada.

À profa. Dra. Márcia Alvarenga pelo apoio na digitação dos dados quantitativos.

A minha querida amiga Cintia Hitomi pelo apoio, amizade, carinho e por ter me apresentado lugares da cidade de São Paulo.

A minha colega Jaqueline Gaspar por ter feito minha vida mais feliz nesse período.

À Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT) pelo apoio financeiro.

Ao padre Antônio Leandro que gentilmente autorizou a realização de oficinas pedagógicas no espaço físico do Centro Catequético da Igreja São José.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, por ter autorizado a realização deste estudo.

À profa. Julia Marques Silva, responsável pela Coordenadoria de Apoio aos Órgãos Colegiados (CAOC), pela atenção e apoio constante.

Aos agentes comunitários de saúde pela possibilidade de aprendizado e pela participação nas oficinas pedagógicas.

Aos gerentes das Unidades Saúde da Família e Coordenadora Municipal da Estratégia Saúde da Família, pela disponibilidade e confiança com que concederam as entrevistas em meio a seus múltiplos afazeres.

Aos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS pelo auxílio durante realização das oficinas pedagógicas.

Enfim, agradeço a todos que de uma forma ou de outra colaboraram para a concretização dessa importante etapa da minha formação profissional.

Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais.

(Duarte, 2002)

RESUMO

Pereira IC. Possibilidades e limites do trabalho de agentes comunitários de saúde para a promoção da saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, que tomou como objeto o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). O objetivo geral foi identificar possibilidades e limites no trabalho dos ACS para a realização de ações de promoção da saúde. O embasamento teórico incluiu a teoria da determinação social do processo saúde e doença, o paradigma da promoção da saúde e os princípios da educação popular em saúde. O método utilizado para interpretação dos dados foi a hermenêutica dialética. Na primeira fase da pesquisa, foi realizada análise documental dos relatórios finais das três últimas Conferências Municipais de Saúde, do Relatório de Gestão 2012 e dos dois últimos Planos Municipais de Saúde de Campo Grande, MS, para identificar como abordaram os temas de educação permanente, intersetorialidade, participação social e condições de trabalho dos ACS. Também se procedeu à caracterização dos ACS e das práticas de promoção da saúde por eles desenvolvidas no cotidiano de trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Na segunda fase, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito gerentes das Unidades Básicas Saúde da Família e com a Coordenadora Municipal da ESF para identificar a percepção sobre o trabalho realizado pelos ACS. Em seguida, foram desenvolvidas seis oficinas pedagógicas com os ACS para identificar suas concepções sobre processo saúde-doença, necessidades sociais e de saúde, processo de trabalho e formação. Para análise do material empírico, foi utilizada a análise temática, que permitiu identificar as seguintes categorias: “O processo saúde-doença e a promoção da saúde”, “A realidade do território: problemas de saúde e necessidades sociais”, “(Des)caminhos e (im)possibilidades da promoção em saúde” – esta desdobrada nas subcategorias “A educação permanente na realidade de trabalho dos ACS”, “O desafio da participação social” e “A ESF e a intersetorialidade” – e “O cotidiano de trabalho do ACS”. A análise dos resultados indicou que, para que os ACS desenvolvam um trabalho voltado à promoção da saúde, são necessárias a adoção de uma política intersetorial, a gestão participativa com fomento à participação social e novas práticas em saúde ancoradas na clínica ampliada e na educação permanente em serviço, além de um processo de formação dos ACS baseado na educação popular em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Administração de Recursos Humanos. Agentes Comunitários de Saúde. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Pereira IC. Possibilities and limits of the work of community health workers to promote health [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2015.

The object of this exploratory, descriptive investigation with a qualitative approach was the work process of Brazilian community health workers (CHWs). The study's overall purpose was to identify the possibilities and limitations experienced by CHWs while carrying out health promotion practices. The theoretical framework comprised the theory of social production of health and disease, the health promotion paradigm, and principles of popular education in health. Hermeneutic dialectics was the method employed for data interpretation. The first phase of the investigation consisted in analyzing the final reports of the three latest Municipal Health Conferences, the 2012 Management Report, and the two latest Municipal Health Plans for Campo Grande (the capital city of Mato Grosso do Sul state), to detect their approaches to the following topics: permanent education, intersectorality, social participation, and working conditions among CHWs. The study also characterized the profiles of CHWs and the health promotion practices addressed in their daily work as members of Family Healthcare Strategy (FHS) teams. In the second phase, semi-structured interviews were conducted with eight managers of Family Healthcare Units and the FHS Municipal Coordinator to identify their perceptions of the work performed by CHWs. Subsequently, six educational workshops were conducted with CHWs to identify their conceptions of the health–disease process, social and healthcare needs, work process, and professional education. Thematic analysis of the empirical material led to identification the following categories: “The health–disease process and health promotion,” “Territorial reality: health problems and social needs,” “(Un)due paths and (im)possibilities in health promotion”—further subcategorized as “Permanent education in the professional reality of CHWs,” “The challenge of social participation”, and “The FHS and intersectorality”—, and “The daily work routine of CHWs.” The results revealed that enabling CHWs to develop practices oriented towards health promotion requires implementing intersectoral policies and participatory management capable of advancing social participation and new healthcare practices supported by an expanded clinical approach and permanent in-service education, as well as providing CHWs with a professional education process based on popular health education.

KEYWORDS: Personnel Management. Community Health Workers. Health Promotion. Primary Healthcare.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Campo Grande - MS, 2010.....	105
Figura 2-	Mapa ilustrativo da Rede de Saúde Municipal – SESAU.....	109
Quadro 1-	Distribuição de ACS segundo Distritos Sanitários e UBSF visitadas na primeira fase da pesquisa. Campo Grande/MS, 2013.....	113
Quadro 2-	Número de ACS que participaram das oficinas pedagógicas segundo o cronograma e os Distritos Sanitários de Saúde. Campo Grande/MS, 2014.....	115
Quadro 3-	Temas abordados nas oficinas pedagógicas com ACS. Campo Grande, 2014.....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos ACS, segundo distrito sanitário, perfil sociodemográfico e situação de trabalho. Campo Grande/MS, 2013.....	128
Tabela 2-	Distribuição dos ACS segundo participação em atividades de integração com a equipe, mobilização social, educação em saúde e ações intersetoriais. Campo Grande/MS, 2013.....	130

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ALAMES	Associação Latino-americana de Medicina Social
APS	Atenção Primária à Saúde
CAOC	Coordenadoria de Apoio aos Órgãos Colegiados
CAPPT	Centro de Atenção Psicossocial pós Trauma
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAM	Centro de Atendimento à Mulher
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDIP	Centro de Doenças Infecto Parasitárias
CEFOR	Centros de Formadores de Recursos Humanos em Saúde
CEI	Centro de Especialidades Infantil
CEM	Centro de Especialidades Municipal
CENORT	Centro Ortopédico
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CRSH	Centro de Referência à Saúde do Homem
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
GERUS	Gerência de Unidades de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel à Urgência
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SESFACS	Serviço de Gestão da Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde
SIAB	Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUAS	Sistema Unificado de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UERD	Unidade Especializada de Reabilitação e Diagnóstico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. INTRODUÇÃO.....	22
2. REFERENCIAL TEÓRICO	28
2.1 A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DAS CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA	28
2.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA NOVA FORMULAÇÃO SOBRE O PENSAR E O FAZER SANITÁRIOS	51
2.3 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E OS DESAFIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	75
3. OBJETIVOS	99
3.1 OBJETIVO GERAL	99
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	99
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	100
4.1 TIPO DO ESTUDO	100
4.2 O CENÁRIO DO ESTUDO	102
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	109
4.4 OS INSTRUMENTOS DE COLETA	110
4.5 OS PROCEDIMENTOS ÉTICOS	110
4.6 AS FASES DA PESQUISA	110
4.6.1 As oficinas pedagógicas	114
4.6.2 As entrevistas semiestruturadas.....	118
4.7 ANÁLISES DOS DADOS.....	121
4.7.1 A análise dos questionários.....	121
4.7.2 A análise dos dados empíricos.....	121
4.7.3 Análise documental	123
5. RESULTADOS.	126
5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	126
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO...127	
5.3 PARTICIPAÇÃO DOS ACS EM AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	130
6 DISCUSSÃO.....	134

6.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	134
6.2 A REALIDADE DO TERRITÓRIO: PROBLEMAS DE SAÚDE E NECESSIDADES SOCIAIS.....	149
6.3 (DES)CAMINHOS E (IM)POSSIBILIDADES DA PROMOÇÃO EM SAÚDE.....	160
6.3.1 A educação permanente na realidade de trabalho dos ACS.....	167
6.3.2 O desafio da participação social	182
6.3.3 A ESF e a intersetorialidade.....	193
6.4 O COTIDIANO DE TRABALHO DO ACS	202
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	225
REFERÊNCIAS	234
APÊNDICES	253
ANEXOS	270

APRESENTAÇÃO

Como nasce uma pesquisa? Crê-se que ela surja como decorrência das inquietações que acompanham o pesquisador. Neste caso, a motivação para o desenvolvimento desta investigação perpassa o caminho percorrido ao longo dos anos no campo da saúde pública, enquanto enfermeira assistencial, e posteriormente como docente no espaço da Atenção Básica no município de Campo Grande/MS.

Após conclusão do Mestrado em 2000, a pesquisadora envolveu-se nas atividades dos Cursos de Especialização em Saúde Pública e Atenção Básica em Saúde da Família, oferecidos pela Secretaria de Estado e Saúde de Mato Grosso do Sul.

Nessa época, um estudo intitulado “Quem são, o que pensam e o querem os agentes comunitários do município de Campo Grande/MS” (Freitas, 2003) chama a atenção pela constatação de que o que mais dificultava a realização do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) era a falta de reconhecimento desses profissionais por parte dos demais trabalhadores da área de saúde, sendo necessário investir em qualificação, valorização e humanização das relações de trabalho nas equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família.

Posteriormente, a pesquisa de Santos (2008), também realizada em Campo Grande, cujo objetivo foi identificar os principais motivos que levavam os ACS ao absenteísmo, constatou que o afastamento do trabalho devia-se principalmente a doenças do aparelho locomotor, infecções respiratórias, doenças do trato geniturinário e alterações do humor. Os achados revelaram a necessidade de novos estudos para identificar a relação entre o trabalho desempenhado pelos ACS e os processos de desgaste em sua saúde.

Entretanto, o interesse pelo trabalho realizado pelos ACS foi decorrência principalmente das vivências em Unidades Básicas de Saúde como docente da disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva. Durante as atividades práticas dessa disciplina eram desenvolvidas várias estratégias de aprendizagem, dentre elas a visita domiciliária o que acabou propiciando uma aproximação com o cotidiano de trabalho desenvolvido pelos ACS.

Foi possível verificar que a visita domiciliária, principal instrumento de trabalho do ACS no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), um espaço favorável ao diálogo e à construção de vínculo e novos conhecimentos, revestia-se também de muitos desafios, pois as famílias visitadas vivenciavam realidades sociais complexas, em que emergiam problemas relacionados com a violência, o desemprego, as drogas, a gravidez na adolescência, dentre outros.

Nesse contexto, as atividades realizadas pelos ACS estavam relacionadas principalmente com orientações sobre cuidados de higiene pessoal familiar e do meio ambiente, alimentação, atividade física, uso correto de medicação, vacinação, cuidados com idosos, gestantes, puérperas e recém-nascidos, que apesar de importantes para a prevenção das doenças não contemplavam as necessidades sociais em saúde.

Por outro lado, a observação das reuniões entre esses profissionais, a gerência das unidades e os enfermeiros, ao invés de experiências para troca de ideias e planejamento de estratégias de intervenção, eram mais uma forma de delegar aos ACS tarefas de caráter direcionado a partir de ações preestabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, com ênfase na produtividade mensal.

Não é de se estranhar, portanto, porque os ACS sentiam-se impotentes para resolver, apoiar ou encaminhar necessidades que detectavam nos âmbitos familiar e coletivo e porque verbalizavam

sentimentos de desencantamento e frustração em relação ao trabalho desenvolvido.

A ESF é apresentada pelo Ministério de Saúde como uma estratégia de atenção primária em saúde, centrada na saúde e na qualidade de vida das famílias e da coletividade. Contudo, construir um modelo de atenção baseado na promoção da saúde requer profundas mudanças gerenciais, assistenciais e de formação.

Com relação ao ACS, tais mudanças incluem uma formação que valorize seu potencial de atuação política e educativa, além de considerar a necessidade de saberes específicos que subsidiam a prática cotidiana, conteúdos que têm sido desconsiderados pelos cursos de formação. Além disso, envolvem uma nova organização do processo de trabalho que implica a adoção de um novo modelo de gestão não somente no âmbito local, mas também pelos níveis hierárquicos superiores.

Nessa perspectiva de reorganização do trabalho em saúde, é necessário investir em práticas multidisciplinares com abordagem interdisciplinar, assumir a educação permanente em saúde como uma estratégia para vivenciar, refletir e problematizar o cotidiano do trabalho, e governar de uma forma que diminua a distância entre os que gerenciam, os que executam cotidianamente as ações de saúde e aqueles a quem se destina a assistência. Isso exige um trabalho conjunto entre usuários e trabalhadores em saúde ou, em outras palavras, requer cogestão.

Diante da realidade observada e tendo-se em conta as reflexões mencionadas, várias indagações foram surgindo com relação ao processo de trabalho desenvolvido pelos ACS nas Unidades Básicas de Saúde da Família:

✓ O conceito de necessidade em saúde utilizado na implementação de práticas pelos serviços é o mesmo percebido pelos ACS?

✓ Diante do entendimento das condições econômicas e sociais e sua determinação no processo saúde-doença, qual é a formação que os ACS possuem para enfrentar as necessidades em saúde dos usuários?

✓ Que estratégias ou dispositivos de reorganização dos serviços estão sendo adotados em prol da promoção da saúde?

✓ Que suporte tem sido proporcionado aos ACS para que possam potencializar ações comprometidas com a construção da cidadania e a melhoria da qualidade de vida das pessoas?

Assim, a pesquisa ora apresentada enfoca os limites e as possibilidades do trabalho dos ACS visando identificar necessidades de saúde da população e nelas intervir por meio de ações de promoção da saúde. Toma-se como referência a proposta de um novo modelo assistencial, em que as práticas de saúde têm como objeto de atenção a determinação do processo saúde-doença. Para abordar a temática proposta, esse trabalho foi estruturado da seguinte forma:

O capítulo 1 apresenta os reflexos que se fizeram sentir no Brasil a partir da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e o contexto nacional de mobilização social até a constituição do Sistema Único de Saúde.

O capítulo 2 delinea o objeto de estudo, buscando construir a partir de três recortes teóricos, os eixos que fundamentam o estudo. Revisita a historicidade dos conceitos de causalidade do adoecimento, apresentando as teorias explicativas sobre os fenômenos de saúde e doença, até a contribuição da teoria da determinação social do processo saúde-doença voltadas à política e práticas em saúde.

Em seguida, apresenta-se o contexto histórico em que é formulado o ideário da promoção da saúde, os conceitos e abordagens da Atenção Primária à Saúde, além de tecer

considerações sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. Por último, discorre-se sobre a trajetória histórica da utilização dos ACS nas políticas de saúde do Brasil, além de refletir sobre a formação e a necessidade de adoção de dispositivos e instrumentos de trabalho apropriados para subsidiar a prática dos agentes na perspectiva da promoção da saúde.

O capítulo 3 menciona os objetivos do estudo. O capítulo 4 descreve o percurso metodológico, citando o tipo de pesquisa, o cenário de estudo, os participantes da investigação, os instrumentos utilizados para a coleta de dados, os procedimentos éticos, as fases da pesquisa, abordando-se as oficinas pedagógicas e as entrevistas semiestruturadas, ao final deste tópico foi realizado a análise dos dados: questionários, dados empíricos e análise documental. O capítulo 5, dos Resultados, apresenta os resultados da análise documental, a caracterização dos participantes do estudo e as práticas de promoção da saúde que realizam.

No capítulo 6, procede-se uma análise crítica do material empírico resultante das entrevistas, em categorias e subcategorias. São considerados os olhares sobre a saúde, as necessidades e a promoção e discutidas as aproximações e os distanciamentos do processo de trabalho com relação à proposta da promoção da saúde, abordando-se a temática sobre: educação permanente na realidade de trabalho dos ACS, desafio da participação social, ESF e a intersetorialidade, e o cotidiano de trabalho do ACS.

No capítulo 7 é apresentada uma síntese do estudo. Buscou-se tecer considerações sobre a importância da gestão, da atenção e formação para a construção de um modelo assistencial baseado na promoção da saúde.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa subsidiem a reflexão crítica dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica com relação à identificação dos problemas que envolvem a saúde, mas que não se limitam a ela, em especial a organização do

trabalho dos ACS para o encaminhamento de demandas da população. Uma vez alcançada, tal reorganização poderá gerar impacto sobre condições de vida, qualidade de vida e, por fim, sobre a saúde dos usuários dos serviços de saúde da Atenção Básica.

1 INTRODUÇÃO

O século XX foi marcado por discussões sobre a saúde e pelo desenvolvimento de diversas experiências que buscaram formas de enfrentamento das desigualdades e das injustiças sociais que atingem grandes e crescentes parcelas da população em todo o mundo.

As iniquidades observadas no campo da saúde em vários países, aliadas aos crescentes custos da atenção à saúde, levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a fomentar o debate em torno de alternativas viáveis para a extensão dos cuidados à saúde a todos os que não possuíam alguma forma de assistência.

As discussões serviram de base para a realização da I Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, na qual foi proposto o maior nível de saúde até o ano 2000, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” (OPAS, 1978).

O pacto assinado entre os países participantes, dentre os quais o Brasil, foi chamado de Declaração de Alma Ata. O documento definiu a saúde como um direito do cidadão e responsabilizou os setores da economia pela adoção de políticas capazes de gerar saúde. Naquele momento, foi lançada a ideia de que a saúde dependia da elaboração de políticas públicas, que vão desde o comprometimento com o planejamento até a equidade social, passando pelo fortalecimento da sociedade, por meio do acesso à educação, informação e direito à participação social para o fortalecimento das ações de saúde ser implantadas (OPAS, 1978).

Dentro da perspectiva de formulação e desenvolvimento de políticas públicas de saúde, com ênfase na valorização dos cuidados

primários, a Declaração de Alma Ata deu novo direcionamento às políticas de saúde ao elevar a APS à condição de principal estratégia de promoção e assistência à saúde.

A APS tornou-se referência para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90. O Brasil também vivenciou as repercussões das mudanças que ocorriam em âmbito internacional.

Na década de 70, o modelo de atenção em saúde, centrado na cura de doenças, na atenção hospitalar e nas especialidades médicas (modelo flexneriano), com uso intenso de tecnologia, passou a ser questionado em relação a sua eficiência e capacidade de dar respostas efetivas aos problemas de saúde dos indivíduos (Silva Jr, Alves, 2007).

Em 1976, foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que marcou o início da mobilização social que se convencionou chamar Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Nascido no Departamento de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), rapidamente se expandiu entre os profissionais de saúde, tendo como principal meio de difusão a revista do CEBES, Saúde em Debate (Falleiros et al., 2010).

Para os idealizadores do Movimento, era necessário fazer avançar a consciência sanitária acerca dos problemas de saúde e suas causas, além de redefinir o modelo assistencial. Nesse contexto político sanitário, a saúde, antes concebida como simples ausência de doença, passou a ser vista como resultado das condições de vida e direito de todos os cidadãos.

O protagonismo do Movimento Sanitário brasileiro ocorreu durante o processo de redemocratização do país, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na proposta da integração das ações de saúde.

A implantação do SUS, estabelecido pela Constituição Brasileira de 1988 (Brasil, 1988) e regulamentado pelas Leis n. 8080 (Brasil 1990a) e n. 8142 (Brasil 1990b), é, portanto, uma das principais conquistas da sociedade brasileira em termos de políticas públicas inclusivas, cujo foco é o direito à saúde.

Em contraponto à visão da saúde como direito, persiste o conceito de saúde como mercadoria, concepção presente em todas as sociedades capitalistas com formas e forças diferenciadas.

No Brasil, essa realidade tem defensores de um SUS público, universal e participativo, e grupos identificados com interesses privados e corporativos. Podem ser identificados três grandes projetos políticos em disputa na sociedade: o autoritário, o neoliberal e o democrático-participativo. O primeiro desconsidera a participação social nas ações políticas, excluindo a cidadania e suprimindo os direitos; o segundo tem amplo interesse no ajuste econômico e expansão do mercado, ainda que por meio da exclusão da participação social nas decisões e no controle social; e o terceiro propõe a sociedade ampla atuação política e democrática (Dagnino, Olivera, Panfichi, 2006).

As transformações ocorridas no país a partir da implantação do SUS suscitaram a busca por uma estratégia prática de reorganização da APS, cujos resultados representassem impactos no quadro sanitário. Assim, em 1994, o Ministério da Saúde propôs e criou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 1994).

A ela foi dada a missão de consolidar e operacionalizar os princípios e diretrizes contidos no Sistema Único de Saúde, assegurando desta forma as conquistas sociais propostas pelo Movimento da Reforma Sanitária e ratificados na VIII Conferência Nacional de Saúde.

A ESF é considerada o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto, e a porta de entrada do atendimento. Propõe

mudanças no objeto de atenção e na forma de organização dos serviços, uma vez que a atenção à saúde passa a ser orientada pelo princípio da vigilância em saúde, combinando ações de promoção, prevenção e cura, que são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar com responsabilização sanitária sobre um território definido (Brasil, 1994).

Nesse contexto, cabe à equipe de saúde realizar um amplo diagnóstico da situação de saúde da população sob sua responsabilidade, o que é essencial para o enfrentamento dos problemas priorizados. O planejamento das ações a serem realizadas deve ser sustentado pela participação popular.

A equipe multidisciplinar é composta, no mínimo, por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A versão ampliada da equipe de saúde da família inclui os profissionais da área de saúde bucal. Os municípios brasileiros podem implementar variações na composição das equipes, diversificando-as conforme suas necessidades, desde que empreendidas com recursos próprios desse nível de governo (Morosini, 2010).

A estratégia apresenta, portanto, uma peculiaridade bastante importante ao propor um trabalho inter e multidisciplinar, que não se limita apenas ao médico de família, mas de uma equipe de saúde da família, cujos profissionais mediante definição de competências e corresponsabilidades entre seus membros, tem o desafio de construir um novo modelo assistencial, no qual o usuário, a família e a comunidade são os sujeitos sociais de referência (Chiesa, Fracolli, Sousa, 2004).

Mais que uma nova estrutura, trata-se de uma mudança nos processos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários. Para sua efetivação faz-se necessário o comprometimento dos trabalhadores com a reestruturação do trabalho em saúde, de

modo que sejam desenvolvidas práticas que visem ao atendimento das necessidades de saúde da população com a presença de atos de fala, escuta, vínculo e negociação.

Transcorridas duas décadas do processo de institucionalização do SUS, constata-se que os aspectos de implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação à descentralização e à municipalização das ações e dos serviços de saúde (Fleury, 2010).

Por outro lado, embora o processo de implementação do SUS tenha experiências positivas em relação à descentralização político-administrativa da rede de serviços e ampliação de cobertura da assistência à saúde, ainda existem inúmeras dificuldades na operacionalização da equidade e da integralidade devido à prática de um modelo assistencial voltado principalmente para o tratamento das doenças (Fausto, Matta, 2007).

Para atender às necessidades em saúde é indispensável considerar os contextos sociais, econômicos e políticos em que as pessoas vivem, de como as mesmas se inserem na sociedade, as situações de inclusão e exclusão a que estão submetidas, as crenças religiosas, a orientação sexual, o gênero e a raça/etnia, entre outras.

Isso envolve a criação de novas práticas e exige o repensar crítico acerca do processo de trabalho em saúde. É nesse contexto que assume relevância a educação permanente, proposta político-pedagógica baseada na problematização, que coloca o cotidiano de trabalho em constante reflexão efetivando-se que a transformação das práticas nos serviços de saúde.

Além de uma prática caracterizada pela alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitude, é necessária a atuação integrada dos diversos setores da gestão pública municipal. Esse processo é chamado intersetorialidade e requer também mudanças

nas práticas institucionais e nas relações sociais que se estabelecem entre as diversas instituições organizacionais e societárias (Nascimento, 2010).

Portanto, um dos grandes desafios do cenário sanitário brasileiro é transformar o modelo de saúde baseado na cura das doenças em um modelo que tenha como foco de atenção ações que objetivem a mudança dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Somente assim será possível garantir o direito à saúde e um atendimento que responda às necessidades da população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO¹

2.1 A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DAS CONCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA

O conceito de saúde varia segundo a sociedade na qual é produzido. Isso significa que não há um conceito universal de saúde e sim conceitos, histórica e socialmente determinados, relacionados às formas de pensar o mundo. Refletem, portanto, a conjuntura social, econômica, política e cultural de cada época e lugar.

Na Antiguidade, até a civilização grega, o processo saúde-doença era atribuído à punição ou à recompensa de entidades sobrenaturais. Predominavam explicações e intervenções sobre a doença de caráter mágico-religioso, responsáveis pela manutenção da coesão social e pelo desenvolvimento inicial da prática médica.

[...] o papel da cura estava entregue a indivíduos iniciados: os sacerdotes incas, os xamãs e pajés entre os índios brasileiros, as benzedeiras e os curandeiros na África. Considerados líderes espirituais com funções e poderes de natureza ritualística, mágica e religiosa, mantinham contato com o universo sobrenatural e com as forças da natureza. Encarregados de realizar a cura, erradicando o mal e reintegrando o doente a partir de diferentes recursos extáticos de convocação, captura e afastamento dos espíritos malignos, os curandeiros valem-se de cânticos, danças, instrumentos musicais, infusões, emplastros, plantas psicoativas, jejum, restrições dietéticas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, escarificações, extração da doença pela provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos (Batistella, 2007, p. 29).

Paralelamente à concepção mágico-religiosa, a observação empírica da natureza forneceu os elementos centrais para a

¹ O referencial teórico, capítulo 2.1 e 2.2, desta tese gerou o livro: Pereira IC, Oliveira MAC. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. Disponível: <<http://www.ee.usp.br/site/index.php/paginas/mostrar/211>>.

organização de um novo modo de conceber o adoecimento humano.

Hipócrates, médico grego que viveu 460 anos antes de Cristo, formulou a primeira interpretação do fenômeno da saúde e doença, substituindo a causalidade divina pela física.

A medicina hipocrática, praticada na Grécia antiga nos cinco séculos que antecederam o início da era cristã, era baseada essencialmente na observação do processo de adoecimento. Na concepção de Hipócrates, era necessário estudar o ser humano em seu estado normal, na relação com o meio em que vivia, e investigar as causas que perturbavam o equilíbrio entre ambos.

Para explicar os estados de enfermidade e saúde, Hipócrates postulou a existência de quatro fluidos (humores) no corpo: a bile amarela, a bile negra, a fleuma e o sangue. A doença era resultado do excesso ou da falta de um desses elementos primordiais e suas relações com o meio natural (periodicidade das chuvas, ventos, calor ou frio) e social (trabalho, moradia, posição social).

Um traço característico da compreensão hipocrática do fenômeno saúde-doença era, portanto, a saúde como homeostase, isto é, como resultado do equilíbrio entre o ser humano e seu meio. O ser humano era visto como unidade organizada (perspectiva de totalidade) e a doença como desorganização desse estado. O ambiente, a sazonalidade, o trabalho e a posição social contribuíam para o aparecimento da doença. Para a cultura grega clássica não havia doença, mas sim doentes (Mendes, Lewgoy, Silveira 2008; Volich, 2000).

A teoria hipocrática tinha como premissa fundamental a crença inabalável no poder curativo da natureza. Cabia ao médico apenas ajudá-la, ou seja, assistir à manifestação dessa poderosa força de restabelecimento do equilíbrio, interferindo o menos possível nesse processo. A condição de equilíbrio do corpo humano era obtida por meio de um modo de vida ideal, que incluía nutrição,

excreção, exercício e repouso adequados (Rosen, 2006).

Na Idade Média, a conjuntura política, social e econômica da sociedade feudal foi marcada por inúmeras guerras, queda do Império Romano, pelo poder militar sobre o povo, grande carga de impostos sobre os colonos, pela força de trabalho dominada pelo feudalismo e ainda por pestilências; por isso é considerada como a Era das Trevas (Tonini, 2006).

Na Idade Média a ciência encontrava-se sob forte influência da Igreja Católica que, aliada à nobreza, detinha a autoridade, o poder moral e financeiro. A medicina ocidental experimentou um relativo retrocesso, pois, ainda que mantidos os princípios hipocráticos, o Cristianismo levou ao progressivo abandono da prática clínica em favor de uma maior preocupação com a salvação do espírito (Tonini, 2006).

A doença era vista como purificação, uma forma de atingir a graça divina, que incluía a cura, desde que merecida. As epidemias eram o castigo divino para os pecados do mundo ou resultavam da ação de inimigos. Numerosos judeus foram jogados na fogueira sob a acusação de terem provocado a Peste Negra (peste bubônica). Das doenças endêmicas, a mais temida era a lepra, cujos doentes eram segregados, só podendo entrar nas cidades em feriados especiais, usando vestes características e sendo anunciados com cornetas ou matracas. É também na Idade Média que surgem os primeiros hospitais, hospícios ou asilos, nos quais os pacientes recebiam mais conforto espiritual que tratamento adequado. A ineficácia dos procedimentos mágicos ou religiosos era compensada com a caridade (Rosen, 2006).

O ser humano era amparado por referências coletivas como a família, o povo e, principalmente, a religião. A Igreja Católica detinha o poder de decisão sobre as ações humanas e, por isso, ao mesmo tempo em que amparava, também constrangia o ser humano, retirando-lhe a capacidade de construir suas próprias

referências internas. A Igreja foi o maior obstáculo ao progresso científico na Idade Média (Rosen, 2006).

Já no final do Medievo, as guerras frequentes e o aumento das epidemias na Europa trouxeram de volta a preocupação com as formas de transmissão das doenças, então atribuídas a influências cósmicas, bruxaria ou envenenamento da água e do ar por grupos estigmatizados, como judeus e leprosos. O medo do sofrimento e da morte desencadeou um novo modo de conceber a doença, por meio de dois elementos importantes: o empirismo clínico, que se apoia na observação, e a classificação das doenças em agudas e crônicas, ainda hoje utilizada (Rosen, 2006).

O Renascimento, período compreendido entre o final do século XV e início do XVI, levou à queda gradativa do poder e da influência exercidos pela Igreja Católica em todos os âmbitos da sociedade, o que permitiu um grande avanço científico que levou ao nascimento da ciência moderna, período que ficou conhecido como “Revolução Científica” (Rosen, 2006).

A ciência passou a exigir a sistematização do conhecimento, seguindo para isso normas e regras específicas para sua produção, o que fez com que a observação, a descrição e a classificação passassem a compor o paradigma científico. Com isso, as ideias da experiência e da intervenção incorporaram-se ao pensamento moderno (Ornellas, 1999).

Alguns nomes que contribuíram para a profunda revolução nos caminhos da ciência e no modo de pensar do mundo ocidental foram os de Nicolau Copérnico (1473-1573), Galileu Galilei (1564-1642), Francis Bacon (1561-1626) e Isaac Newton (1642-1727).

O astrônomo Nicolau Copérnico divulgou um modelo matemático no qual a Terra e os demais corpos celestes giravam em torno do Sol, contrário ao modelo geocêntrico ou ptolomaico, no qual a Terra era o centro do Universo. Essa forma de interpretação do mundo permanecera hegemônica e inquestionável até então, pois

era defendida pela Igreja havia aproximadamente 1.400 anos (Copernico, 1996).

Galileu Galilei, a partir da informação sobre a construção do primeiro telescópio na Holanda, construiu a primeira luneta astronômica e, com ela pôde observar a composição estelar da Via Láctea, os satélites de Júpiter, as manchas do sol e as fases de Vênus. Esses achados astronômicos foram relatados ao mundo no livro *Sidereus Nuntius* que significa Mensageiro das Estrelas (Mariconda, 2006).

O filósofo inglês Francis Bacon propôs uma ciência nova, ativa, operativa, opondo-se à ciência contemplativa do passado. Seu propósito era transformar a condição humana, tornando o ser humano senhor da natureza. Defendia que a obtenção dos fatos verdadeiros decorria da observação e da experimentação (Koiré, 1986).

Isaac Newton criou teorias matemáticas que confirmaram a visão do corpo e do mundo como uma máquina a ser explorada. A mecânica newtoniana possibilitou a explicação de muitos fenômenos da vida cotidiana e a medicina mecanicista passou a fornecer os instrumentos requeridos pelos médicos para que pudessem lidar de forma cada vez mais satisfatória com uma parte crescente das doenças (Barros, 2002).

A evolução da medicina acompanhou de perto o desenvolvimento ocorrido nas demais ciências. No século XVII, o desenvolvimento da anatomia, da fisiologia e da patologia humana contribuiu de maneira significativa para a compreensão e sua cura. O médico belga Andreas Vesalius (1514-1564) transformou-se no pai da moderna anatomia a partir das cuidadosas observações na dissecação de cadáveres. Os médicos Miguel Servet (1509-1553) e Willian Harvey (1578-1657) descreveram o mecanismo da circulação sanguínea (Balestrin, Barros, 2009; Delizoicov, Carneiro, Delizoicov, 2004).

O conhecimento do processo saúde-doença avançou na clínica e nos conceitos de causalidade. Na anatomia clínica do século XIX, o aprendizado das doenças fez-se, não pela observação da vida, mas pela dissecação de corpos mortos. A saúde passou a ser vista como ausência de doença e a cura a se basear na eliminação dos sintomas (Koifman, 2001).

Entre outros grandes pensadores, destacou-se o médico, alquimista, físico e astrólogo suíço Paracelso (1493-1541) o qual afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. A medicina encontrava-se sob a influência da química, que começava a se desenvolver. Ele propôs a cura pelos semelhantes, baseado no princípio de que, se os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, os melhores remédios para expulsar a doença seriam também químicos. Passou então a administrar aos doentes pequenas doses de minerais e metais, como, por exemplo, o mercúrio para o tratamento da sífilis (Scliar, 2007).

O filósofo René Descartes (1596-1650), que proferiu a máxima: “Penso, logo existo”, colocava a dúvida como propulsora do racionalismo e considerava que havia um único caminho para o conhecimento: a universalidade da razão.

Para tanto, julgava necessário adotar quatro preceitos que embasavam o método científico. O primeiro recusava qualquer fato tido como verdadeiro que não se pudesse reconhecer como evidente por si mesmo. O segundo propunha decompor o problema em pequenas partes mais simples, a fim de facilitar sua resolução. Em terceiro lugar, ordenar os pensamentos a partir daqueles sobre os objetos mais simples e fáceis de compreender, até o conhecimento mais complexo. Por fim, fazer a revisão geral e enumeração de todas as possibilidades, sem que nada fosse omitido (Descartes, 1989).

Tomando como base esse paradigma, Descartes

desenvolveu o conceito de dualismo mente e corpo, passando a encarar o corpo humano como uma máquina, composta por partes (órgãos) que podiam ser considerados isoladamente. As doenças então foram vistas como um “problema de funcionamento” temporário ou permanente do todo ou de uma das partes do corpo (paradigma mecanicista). Essa visão rompeu com a concepção predominante na Idade Média, do corpo como algo sagrado e inviolável, por ser considerado o “depósito” da alma. A postura dualista cartesiana teve grande influência no pensamento médico, sendo reforçada no século XIX pelas descobertas de Louis Pasteur e Robert Koch, bem como a visão de uma etiologia específica para as doenças, reforçando a tendência ao reducionismo (Capra, 1992).

O final do século XVIII assistiu a Revolução Industrial na Inglaterra e Alemanha. Tal fato provocou a migração e a aglomeração das pessoas nas cidades, facilitando a difusão dos micro-organismos nos ambientes de trabalho, que eram fechados e insalubres (Rosen, 2006).

As questões urbanas de saneamento e miséria juntaram-se às péssimas condições de trabalho e do ambiente, alterando o perfil de adoecimento dos trabalhadores, que passaram a sofrer acidentes e desenvolver doenças infectocontagiosas. Foi grande o número de mortes por tuberculose, sarampo, pneumonia, tifo, gripe, escarlatina e outras doenças transmissíveis (Rosen, 2006).

Em meio aos avanços da Revolução Industrial e do crescimento desordenado das cidades, surgiram os movimentos sociais e revolucionários em busca de soluções para a melhoria das condições de vida da população. O Sanitarismo na Inglaterra, a Medicina Social na França e a Polícia Médica na Alemanha foram as principais formas de intervenção sobre os problemas de saúde da época (Rosen, 2006).

John Snow (1813-1858), médico inglês considerado o pai da Epidemiologia, desenvolveu estudos sobre a transmissão da cólera

em Londres, evidenciando a determinação social da doença, visto que causava maior mortalidade entre trabalhadores e desempregados. Em 1848, a cólera grassava nos distritos mais pobres da capital inglesa, nos locais em que mais se negligenciavam as medidas sanitárias, nas áreas mais poluídas por excrementos e outras imundícies acumuladas (Rosen, 2006). Dentre seus escritos, merece destaque o livro *Sobre a maneira da transmissão da cólera*, publicado em 1854 (Snow, 1999).

Em 1826, o médico Louis René Villermé (1782-1863) já havia publicado um estudo sobre a mortalidade em diferentes regiões de Paris, demonstrando a relação entre pobreza e doença. Em 1828, em outro relatório, mostrou a relação íntima entre as taxas de morbidade e mortalidade e as condições de vida das classes sociais em Paris (Scliar, 2007).

É, portanto, com a Medicina Social, cujo objeto de trabalho era a sociedade, que surgiram as primeiras investigações sistemáticas sobre a saúde e as condições de vida e grupos e classes sociais, bem como as propostas para intervenção dos problemas.

A chamada Medicina Social partia de um discurso sobre a sociedade e objetivava o conhecimento dos recursos naturais da população e do funcionamento geral de seu aparelho político. Desenvolveu-se em três etapas: a da Medicina de Estado, a Medicina Urbana e da força de trabalho (Foucault, 1998).

A Medicina de Estado desenvolveu-se na Alemanha no início do século XVIII e também foi denominada de ciência do Estado. A preocupação com a saúde estava vinculada às necessidades de consolidação do Estado Nacional, uma vez que o Estado alemão surgira a partir de pequenas unidades territoriais de poder econômico frágil e poder político fragmentado (Foucault, 1998).

A saúde passou a ser considerada uma aliada do Estado

Nacional, na medida em que conservava, reproduzia e garantia a força militar necessária a sua manutenção. A importância da saúde para a garantia dos interesses nacionais acabou por desenvolver uma prática médica efetivamente empenhada na melhoria da saúde da população alemã (Foucault, 1998).

Entre 1750 e 1770 formou-se o aparato estatal que seria conhecido como *Polícia Médica*, responsável pela organização do aparato burocrático para controle da atividade médica, normalização do ensino e do saber médicos e por um sistema de observação das taxas de natalidade e mortalidade. A ação estatal também se fez presente na prevenção e no controle de doenças transmissíveis, habitação, nutrição, higiene pessoal e ocupacional e na educação sanitária (Foucault, 1998).

O segundo momento da Medicina Social é representado pelo fenômeno da urbanização ocorrido na França no final do século XVIII. O surgimento da indústria transformou as cidades, não somente no lugar de troca de mercadorias, como também de produção. Favoreceu a concentração populacional em determinados lugares e, conseqüentemente, o aumento das epidemias decorrentes do acúmulo de esgotos, bem como dos acidentes nas oficinas e nas fábricas (Foucault, 1998).

Havia, portanto, uma necessidade de melhor estruturar urbanisticamente esses locais, o que deu origem à política sanitária e à higiene pública. Nessa fase, a medicina necessitou do auxílio de outras ciências para alcançar seus objetivos. Na realidade, não era uma medicina do corpo e sim do ambiente, estabelecendo uma relação importante entre o ser humano e o meio em que vivia (Foucault, 1998).

O propósito da Medicina Social era a vigilância das condições de vida, da qualidade do ar, da água e das decomposições. Era necessário fazer com que o ar circulasse nas cidades e nas casas para manter o bom estado de saúde da

população. Havia preocupação com a organização das cidades, distribuição e frequência de fontes, esgotos, barcos-ombeadores e barcos-lavanderia (Foucault, 1998).

A terceira etapa da Medicina Social é representada pela medicina dos pobres, que representam a força de trabalho do modelo inglês, em que o corpo é visto como força de produção e os trabalhadores ganham a força política (Foucault, 1998).

Na Inglaterra, a Medicina da Força de Trabalho, que ainda é usada atualmente, permitiu três sistemas médicos coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas como vacinação e epidemias e por fim uma medicina privada que beneficiava quem tinha recursos para pagar (Foucault, 1988).

Na Europa e na América do Norte, o movimento sanitário interferiu na saúde por meio da legislação e de grandes obras de engenharia que fortaleceram as ações de Saúde Pública. Foram fundadas as primeiras instituições universitárias e as primeiras instituições científicas (Adorno, 1999).

Os estudos de Edwin Chadwick, sanitarista britânico que viveu entre 1800 e 1890, tiveram repercussão importante na época. Seu famoso relatório de 1842, intitulado *Report on the Sanitary Conditions of Labouring Class*, sobre doenças na classe trabalhadora inglesa, demonstrou a relação entre pobreza e insalubridade e tornou-se modelo para outros sanitaristas em diversas nações. Após integrar várias comissões importantes na história da saúde pública inglesa, em 1848, o estabelecimento do Conselho Geral de Saúde, considerado um marco na história da saúde pública mundial, consagrou definitivamente suas ideias sanitárias (Scliar, 2007).

O Relatório Chadwick (1842) representa um marco para o Sanitarismo, porque defendia a intervenção do Estado nos problemas de saúde, num contexto social em que havia o

predomínio do liberalismo econômico e político (Paim, 2006).

Os estudos de Rudolf Virchow, médico alemão que viveu entre 1821 e 1902, baseados nas relações entre condições de vida e saúde, também se sobressaíram. Em 1847, em seu estudo sobre as epidemias de tifo na Silésia, desenvolveu uma teoria da doença epidêmica como manifestação de desajustamento social e cultural. Chegou à conclusão que "... suas causas eram tanto sociais, econômicas e políticas quanto biológicas e físicas". Sua proposta consistia em "... uma radical reforma social que, em termos gerais, compreendia 'democracia completa e irrestrita', educação, liberdade e prosperidade (...)" (Rosen, 1994, p. 200).

O filósofo alemão Friedrich Engels (1820-1895) pesquisou as condições de saúde da população trabalhadora inglesa relacionando as diferenças em saúde e morbidade com a classe social. Ressaltava a necessidade de mudança do modo de produção vigente para amenizar os problemas decorrentes da Revolução Industrial (Buss, Pellegrini Filho, 2007).

Vários estudos desenvolvidos nessa época podem ser considerados estudos de epidemiologia social porque "(...) buscavam explicar os padrões de adoecimento através dos vínculos entre a saúde e a sociedade." A concepção da Determinação Social da Doença, portanto, não é novidade; nasceu com o conceito de desenvolvimento urbano e com as visões iniciais de sociedade (Barata, 2005, p. 7).

Com o advento da Revolução Industrial, o corpo foi tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente e passou a ser considerado objeto de políticas, práticas e normas. Surgiram as primeiras regulamentações visando à saúde nas fábricas, dentre as quais a redução da excessiva carga horária de trabalho. Da necessidade de manutenção do poder dos Estados Nacionais surgiram também os registros de estado e entre eles, a estatística médica. A medicina passou a considerar os aspectos econômicos,

sociais e culturais envolvidos na saúde-doença da população (Batistella, 2007).

A segunda metade do século XIX foi marcada pela descoberta de micro-organismos em decorrência do quadro epidemiológico caracterizado pela predominância das doenças infecciosas. As descobertas científicas de Louis Pasteur, cientista francês que viveu de 1822 a 1895, permitiram não só identificar e justificar a causa das doenças, mas também produzir as vacinas (Batistella, 2007).

O desenvolvimento da teoria dos germes deslocou o pensamento causal do ambiente físico e social para a natureza biológica da doença. Como decorrência, estruturou-se a visão bacteriológica ou teoria da unicausalidade como paradigma explicativo da relação saúde-doença. A cada doença correspondia um agente específico que deveria ser identificado e combatido.

Assim, embora as descobertas de Pasteur tenham representado um avanço fundamental no conhecimento das infecções, contribuíram para apagar qualquer diferenciação entre os corpos e a leitura naturalista impôs-se como razão triunfante, legitimando as práticas de medicalização. A teoria microbiana passou a ter uma predominância de tal ordem que, em boa medida, obscureceu as concepções que destacavam a multicausalidade das doenças, ou que proclamavam a participação decisiva de questões de ordem socioeconômica na sua eclosão (Barros, 2002).

A Teoria da Unicausalidade surgiu sob a influência do Positivismo, em um contexto filosófico e científico que ressaltava os valores típicos de uma sociedade liberal, como a neutralidade científica e a autonomia da pesquisa. Baseado na ciência cartesiana e inspirado nos ideais positivistas do século XIX, o ser humano embalou-se em um contexto de euforia e confiança na capacidade da ciência em melhorar suas condições de vida. Pode-se afirmar que esse momento marcou um retrocesso da Medicina Social, com a

substituição dos discursos políticos e ideológicos por práticas de controle das doenças infecciosas, como parte da utopia de erradicação de todas as enfermidades (Minayo, 2002).

A Bacteriologia foi responsável pela formulação do modelo da doença específica, que fez com que as empresas produtoras de medicamentos passassem a pesquisar tratamentos para cada tipo de doença (Batistella, 2007).

A chamada explosão tecnológica fez-se sentir de forma mais acentuada na primeira metade do século XX, no contexto de um novo quadro epidemiológico em que as doenças passaram a ser relacionadas a um conjunto de fatores.

No campo das substâncias antibacterianas, a sulfanilamida e outros fármacos do grupo das sulfas passaram a ser largamente usadas a partir de 1936, no tratamento de infecções por estreptococos e estafilococos. A penicilina, descoberta em 1928, passou a ser amplamente empregada como substância antibiótica, a partir dos anos 1940. Também na mesma década, a estreptomicina e sua combinação com outras drogas foram utilizadas com êxito indiscutível no tratamento da tuberculose (Pires Alves, Paiva, Falleiros, 2010).

Na área da vacinação, a década de 1950 assistiu ao desenvolvimento da vacina contra a poliomielite por Jonas Salk e Albert Sabin, dando início à possibilidade de imunização contra doenças causadas por vírus, um ser vivo sub-microscópico que apenas nos anos de 1930 passara a ser observável mediante o uso de microscópios eletrônicos (Batistella, 2007).

Pode-se afirmar que até meados do século XX, a epidemiologia e a medicina – impulsionadas pelo crescente aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos, terapêuticos e estatísticos – proporcionaram a compreensão dos modos de transmissão dos agentes infecciosos e possibilitaram intervenções que contribuíram para o controle de grande parte das doenças

transmissíveis, pelo menos nos países centrais (Torres, 2002). Tal fato consolidou a posição privilegiada da medicina e dos médicos na definição dos problemas de saúde e na escolha das ações necessárias ao controle, tratamento e prevenção das doenças.

No bojo da evolução tecnológica, o desenvolvimento científico tornou o conhecimento, o ensino e a prática médica, crescentemente especializados. O diagnóstico e o cuidado médico curativo passaram a ser assistidos por equipamentos tecnológicos cada vez mais complexos, que progressivamente constituíram um mercado em franca ampliação.

Ao mesmo tempo em que se expandia essa confiança excessiva na capacidade dos novos fármacos possibilitarem um controle amplo e generalizado das doenças transmissíveis, os países industrializados vivenciavam uma *transição epidemiológica*, caracterizada pela diminuição da importância das doenças infecto-parasitárias como causa de adoecimento e morte, frente ao incremento das doenças crônico-degenerativas. As doenças cardíacas, por exemplo, tinham sua explicação em vários fatores interligados - biopsíquicos, sociais, psicológicos. A teoria unicausal havia se tornado insuficiente para explicar o novo quadro epidemiológico, e as doenças passaram a ser relacionadas a um conjunto de fatores (Batistella, 2007).

A importância da atuação sobre os determinantes sociais para produzir saúde, conforme apregoavam os precursores da Medicina Social, fez-se sentir nas reflexões do médico e historiador canadense Henry Sigerist que, em 1945, definiu as quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. Afirmava que para promover a saúde das pessoas era necessária uma relação equilibrada entre condições de vida, trabalho, educação, lazer, entre outros (Westphal, 2006).

Três anos mais tarde, em sete de abril de 1948, a

Organização Mundial de Saúde (OMS), em uma carta de princípios, divulgou um conceito de saúde que refletia a aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra com o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo. Nesse documento a saúde é enunciada não apenas como a ausência de doença, mas como uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (Segre, Ferraz, 1997).

Esse conceito representou um grande avanço, ao propor que a saúde não fosse vista apenas como ausência de doença, como fazia parte do senso comum até então. Entretanto, revelou-se contraditório por supor "um completo bem-estar", o que é impossível de acontecer, uma vez que bem-estar físico, mental e social, são estados de equilíbrio instável e definem-se na medida do dinamismo e dos conflitos de sociedades concretas (Scliar, 2007; Caponi, 1997).

A concepção de saúde da OMS ganhou maior abrangência, passando a ser reconhecida como um dos direitos fundamentais de todo ser humano, tendo consolidado a compreensão de que a pessoa saudável é aquela que, além de apresentar perfeitas condições de higidez física e mental, encontra-se convenientemente integrada à vida em sociedade, desfrutando dos meios necessários a seu bem-estar. A saúde passou a ser vista como indispensável à dignidade humana, dada a relação estreita e recíproca da saúde humana com as condições socioambientais e econômicas.

Essa concepção derivada de uma visão mais abrangente de saúde trouxe consigo uma visão positiva da saúde que abrange não somente aspectos físicos, mas também aspectos sociais e psicológicos (Dowbor, 2008). Além disso, trata-se de um marco importante, por abrir espaço para a concepção mais contemporânea da saúde como qualidade de vida. Afastou a ênfase no corpo doente e evidenciou determinantes mais plurais, assentados na noção de fatores de risco, diluindo assim, as fronteiras entre os doentes e os supostamente saudáveis (Ferreira Neto et al., 2009).

As doenças passaram então a ser relacionadas a um conjunto de fatores. Várias abordagens foram propostas para compreender o processo saúde-doença como síntese de múltiplas determinações: os modelos da balança, da rede de causalidades e, por fim, o modelo ecológico, também conhecido como da história natural das doenças (Gutierrez, Oberdiek, 2001).

Proposto por Leavell e Clark em 1976, o modelo da história natural das doenças considera a interação, o relacionamento e o condicionamento de três elementos fundamentais da chamada 'tríade ecológica': o ambiente, o agente e o hospedeiro. O processo de adoecimento é separado em dois momentos: o período pré-patogênico, marcado pelo equilíbrio entre agente, hospedeiro e ambiente, de acordo com as características dos fatores a eles associados (por exemplo, a virulência do agente, a resistência do hospedeiro e as condições de moradia oferecidas pelo ambiente). O segundo, chamado período patogênico é o momento da instalação da doença, com seu desdobramento fisiopatológico e clínico, que pode resultar em morte, em estado intermediário, ou culminar na cura. Este momento permite distinguir as fases pré-clínica e clínica (Leavell, Clark, 1976).

Os exames dos diferentes fatores relacionados ao surgimento de uma doença e a utilização da estatística nos métodos de investigação e desenhos metodológicos permitiram significativos avanços na prevenção de doenças e possibilitaram a proposição de barreiras à evolução da doença mesmo antes de sua manifestação clínica (Batistella, 2007).

A Medicina Preventiva, movimento que surgiu no Brasil na década de 1950 e que criticava o enfoque biomédico, valeu-se do modelo da história natural das doenças para identificar pontos de intervenção ou níveis de aplicação das medidas preventivas, no intuito de torná-las o mais eficaz possível. Em outras palavras, o processo saúde-doença era analisado em sua dinâmica evolutiva,

identificando-se períodos ótimos nos quais a aplicação de ações preventivas agiria sobre a progressão da doença, evitando-a, retardando-a, ou ao menos reduzindo seus danos (Batistella, 2007).

Para seus críticos, a Medicina Preventiva revestiu-se de sensíveis contradições, a qual se propôs a: redefinir as responsabilidades do médico mantendo a natureza de seu trabalho; ampliar seu espaço social, preservando a organização hospitalar e os consultórios privados; desenvolver a preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca; diminuir o custo da atenção médica, mantendo, todavia, um cuidado médico excessivamente técnico; e melhorar as condições de vida das populações, preservando a estrutura social (Arouca, 2003).

As análises mais contundentes em relação às insuficiências da teoria da multicausalidade voltou-se para a epidemiologia como o estudo do processo saúde-doença em populações humanas. De um lado, apontava-se que as análises só estabeleciam relações quantitativas entre os fatores causais, não fazendo qualquer distinção hierárquica entre eles. De outro, embora se reconhecesse a existência de aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença, esses eram subalternizados frente aos aspectos biológicos (Palmeira et al., 2004).

O modelo multicausal avançou no conhecimento dos fatores condicionantes da saúde e da doença. A crítica que se faz a ele reside no fato de tratar todos os elementos da mesma forma, ou seja, naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente, esquecendo-se que o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico determinado e que por isso, em certos períodos, podem ocorrer doenças diferentes com intensidades e manifestações também diferentes (Palmeira et al., 2004).

No modelo ecológico, as inter-relações entre os fatores são apresentadas como um sistema fechado com um *feed-back* regulador, no qual a atividade e a sobrevivência de agentes e

hospedeiros dependem do ambiente e são por ele alteradas, mas também alteram o ambiente em que se encontram. Contudo, todos os elementos da relação são colocados em "um mesmo plano a-histórico, atemporal e a vida humana fica reduzida à sua condição animal". Desse modo, a produção social do ser humano fica reduzida a mais um dos fatores do meio ambiente. No conceito de multicausalidade, as determinações sociais são naturalizadas e perdem seu potencial de crítica (Barata, 1985, p. 22-23).

O reconhecimento da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou da doença pode ser considerado um novo marco explicativo que superou a concepção biologicista linear de simples causa-efeito. Do ponto de vista analítico, a noção de causalidade foi substituída pela da determinação (Batistella, 2007).

Desde a década de 1960, a ampliação do conceito de saúde-doença, admitindo-se que condições sociais e ambientais influenciam de forma decisiva a saúde das pessoas, vinha sendo debatida em nível mundial. A partir dos anos 1970, esse debate tornou-se mais acirrado em diversos países, em razão da crise decorrente dos custos crescentes da atenção médica e da expansão de tecnologias para o diagnóstico e tratamento das doenças, mas que não se refletiam em benefícios à saúde (Starfield, 2002).

Foi nesse cenário que Marc Lalonde, na época ministro de saúde do Canadá, publicou um documento sobre "a nova perspectiva de saúde dos canadenses", conhecido como Relatório Lalonde (1974), o qual afirmava que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias: biologia, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. O documento salientava que, embora os gastos e os investimentos concentrem-se no sistema de atenção à saúde, com ênfase na tecnologia médica e nos recursos hospitalares, as principais causas de adoecimento e morte estão relacionadas à biologia, ao meio

ambiente e ao estilo de vida (Carvalho S, 2010).

O Relatório Lalonde foi um marco conceitual para a Promoção da Saúde, ao analisar de modo mais abrangente as causas e os fatores predisponentes dos problemas de saúde. Em outras palavras, colocava em um mesmo patamar de importância a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de saúde. Na prática, isso significava que as respostas aos problemas de saúde deveriam ser buscadas no conjunto desses quatro componentes (Pedrosa, 2004).

No Brasil, nessa mesma época, o desenvolvimento do conceito ampliado de saúde foi trabalhado principalmente por Arouca e Donnangelo, cuja produção posteriormente serviu de base conceitual para o desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva (Carvalho S, 2010).

O entendimento de epidemiologia orientado por concepções intimamente relacionadas ao processo saúde-doença e que norteavam a direção e a abordagem dada às investigações, e consequentemente, os resultados encontrados e seus usos começaram a ser questionados por outra corrente de pensamento que surgiu na década de 1970. Essa nova concepção alicerça-se no vínculo entre a epidemiologia e as ciências sociais, estimulada pela necessidade de reconhecer e documentar o amplo espectro da determinação social da saúde, desde o nível micro em que operam os fatores biológicos individuais, até os níveis macro que expressam as condições sociais em que vivem as populações, ocasionando o nascimento da chamada *epidemiologia crítica* (Skalinski, Praxedes, 2003).

As ciências sociais haviam revelado em estudos empíricos que os fenômenos da saúde-doença não se reduziam a uma evidência *orgânica*, *natural* e *objetiva*, mas estão intimamente relacionados às características de cada sociedade, em que tanto a concepção de saúde-doença é constituída, como o doente é um

personagem social (Minayo,1986).

Atualmente, o representante mais expressivo da epidemiologia crítica é o médico, professor e epidemiologista equatoriano Jaime Breilh. O pesquisador explica a epidemiologia como “(...) um conjunto de conceitos, métodos e formas de atuação prática que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença em sua dimensão coletiva e social” (Breilh, 1991, p. 40). Afirma que o poder hegemônico na saúde prioriza as ciências físicas e biológicas, realizando estudos minuciosos dos processos individuais, cuja somatória caracterizaria o fenômeno epidemiológico ou coletivo.

Corroborando as ideias de Breilh e contestando os limites da epidemiologia quando analisada sob o ponto de vista do positivismo e da clínica, Barata (1985) explicita que a epidemiologia crítica tem como objetivos:

[...] compreender e explicar o processo saúde-doença em populações humanas, tomando a dimensão social como estruturante do real; e pensar o método como etapa de construção de uma ciência, ou seja, em íntima conexão com a teoria do objeto, indo além, na discussão metodológica, da descrição de estratégias e técnicas para produzir realmente uma teoria. [...] buscar elementos que permitam a construção de sua metodologia nas ciências biológicas, cujos objetos encontram--se subsumidos pelo objeto epidemiológico, mas também nas ciências sociais às quais seu objeto se encontra subsumido (Barata, 1985, p. 24-5).

A epidemiologia crítica encontra apoio na medicina social, segundo a qual a estrutura social e as condições de vida, assim como os elementos culturais e simbólicos, constituem determinações sociais da doença, de tal modo que a plena reforma da saúde somente se dá nos marcos de um processo de transformação da sociedade. Com isso, a política passa a ser um componente fundamental para a compreensão da saúde e da doença e para o estabelecimento de novas práticas de saúde que valorizem o papel dos sujeitos individuais e coletivos (Pires Alves, Paiva, Falleiros,

2010).

Os determinantes sociais da saúde são hoje a grande preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS), haja vista o reconhecimento de que a equidade em saúde ainda não é uma realidade, principalmente nos países em desenvolvimento.

Como parte de um recente direcionamento da OMS para focar o trabalho nas condições sociais dos países, em 2005 foi inaugurada no Chile a Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde. Esta Comissão, integrada por 17 personalidades do mundo, oriundas dos mais diversos campos de atuação, tem como meta global a busca da equidade em saúde, liderando um processo mundial de organização do conhecimento sobre os determinantes sociais em saúde, com vistas a fortalecer as práticas e as políticas voltadas para a diminuição das iniquidades em saúde (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Atendendo ao chamado da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), em 13 de março de 2006, o Brasil criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS). Composta por 16 especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país, a qual teve como objetivos gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais no país, contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre o tema (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Para Breilh (2008), a CNDSS parte de um esquema geral da determinação social da doença que coincide e recupera o enfoque da epidemiologia social europeia. Nessa visão, a determinação social em saúde é decorrência das repercussões da sociedade capitalista, no que se refere à educação, emprego/renda, gênero/etnia. Segundo tais perspectivas, existem dois tipos de determinantes sociais da saúde: os intermediários e os estruturais,

os quais:

[...] são aqueles que geram estratificação social [...] tais como a distribuição de renda; o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências; e estruturas políticas e de governança que alimentam [...] as iniquidades relativas ao poder econômico [...] Entre os mecanismos que geram e mantêm essa estratificação estão as estruturas de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos produtos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social [...] São essas diferenças - através do seu impacto sobre determinantes intermediários, como condições de vida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ou biológicos e o próprio sistema de saúde - que dão forma às condições de saúde dos indivíduos (Carvalho, 2013, p.19-20).

Entretanto, para a epidemiologia crítica, cujos representantes são a Medicina Social e a Saúde Coletiva, a determinação social do processo saúde-doença é decorrência do processo de trabalho, das relações de produção e da classe social - componentes estruturais das sociedades capitalistas. A saúde expressa as condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social.

[...] a desigualdade socioeconômica tem sua origem nas relações de exploração derivadas do processo de produção. Da relação que os indivíduos mantêm com os meios de produção é que deriva sua posição nas relações de domínio e exploração. Estas relações são determinadas pelas formas que assumem, numa sociedade, a propriedade e o trabalho e as suas conexões através da produção, distribuição e consumo de bens, serviços e informação. As classes sociais são grandes grupos de homens que se diferenciam entre si pelo lugar que ocupam num sistema de produção historicamente determinado, pelas relações em que se encontram com relação aos meios de produção, [...] pelo papel que desempenham na organização do trabalho e, conseqüentemente, pelo modo e pela proporção em que recebem a parte da riqueza de que dispõem (Breilh, 2008, p. 5-6).

Os principais determinantes das iniquidades em saúde relacionam-se às formas de organização da vida social. As

desigualdades sociais originam-se da ocupação de posições diferentes processo de produção e, conseqüentemente, ao acesso a bens cuja disponibilidade é escassa ou insatisfatória.

As condições de vida expressam as condições materiais de existência dos grupos humanos de determinada sociedade. Dependem da inserção de cada grupo na estrutura de produção e, por conseguinte, da sua vinculação a uma determinada classe social. Portanto, as condições de vida são resultantes da forma como esse grupo se insere também no processo de reprodução da sociedade, em um momento histórico e em determinadas condições naturais (Castellanos, 1997, p. 12).

A primeira diferença entre os dois enfoques, portanto, estão nas diferentes construções teóricas sobre as relações e os processos sociais. A teoria da produção social do processo saúde-doença filia-se ao materialismo histórico e dialético e explicita os determinantes políticos, econômicos e sociais da distribuição da saúde e da doença, no interior e entre as sociedades, identificando os aspectos protetores e os nocivos à saúde presentes na organização social (Breilh, 2008).

A segunda diferença é que a Medicina Social e a Saúde Coletiva atribuem um peso muito maior às mudanças na correlação entre as grandes forças sociais na transformação da qualidade de vida, como parte dos processos de geração de uma contra-hegemonia das classes subordinadas frente ao poder econômico, ideológico e político das classes dominantes (Breilh, 2008).

O conceito de saúde presente na Constituição Federal Brasileira, embora não totalmente formulado na lógica da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-doença, coloca em questão aspectos extremamente relevantes uma vez que resgata a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença (Brasil, 1988).

No texto constitucional, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente,

trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1988).

Nessa perspectiva, o processo saúde-doença é caracterizado pelas relações dos seres humanos com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (por meio do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico.

Embora adote um conceito ampliado de saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde) ainda opera com o conceito de saúde como ausência de doença, não desenvolvendo ações que levem em conta os determinantes sociais que interferem nas condições de vida e saúde da população (Bydlowski, Westphal, Pereira, 2004).

A visão ampliada, positiva e complexa de saúde, reveste-se de desafios para a prática cotidiana dos profissionais, sendo necessário dar concretude e expressão a esse novo conceito nos serviços de saúde. É premente um novo paradigma que dê conta da abrangência do processo saúde-doença. Nesse sentido, cabe destacar o modelo teórico conceitual da promoção da saúde, estruturado a partir de um conceito ampliado de saúde, que enseja a importância do social na determinação do processo saúde-doença (Carvalho S, 2010), e que será destacado a seguir.

2.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA NOVA FORMULAÇÃO SOBRE O PENSAR E O FAZER SANITÁRIOS

O ideário da promoção da saúde é um dos temas correntes mais abordados nos diferentes espaços de produção do conhecimento e das práticas de saúde, como proposta aos desafios

sanitários contemporâneos. Embora tenha ganhado força nos últimos 20 anos, a Promoção da Saúde não é um tema novo.

O termo foi utilizado pela primeira vez em 1946, pelo médico e historiador canadense Henry Sigerist, que em um de seus artigos (*The place of the physician in modern society*), destacou as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação do doente e sua reabilitação (Czeresnia, Machado, 2002; Czeresnia, 2003; Verdi, Caponi, 2005).

Para Sigerist, promover a saúde significava garantir educação, cultura física, lazer, boas condições de vida e de trabalho, a partir de esforços coordenados entre políticos, setores sindicais e empresariais, educadores, médicos e a população em geral. Sendo assim, as proposições do médico canadense já traziam indicações da importância da intersetorialidade nas questões de saúde (Rabello, 2010).

Leavell e Clark, em 1965, ao desenvolverem o modelo de história natural de doença e seus três níveis de prevenção, incluíram a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem-estar geral. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluíam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, a educação sexual, a orientação pré-nupcial e parental, as boas condições de moradia, o trabalho e o lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde (Leavell, Clark, 1976).

Contudo, o movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, em maio de 1974, influenciado pela medicina social inglesa que se preocupava com o aumento crescente das doenças crônicas e sua relação com as condições sociais e ocupacionais da população. Essa influência foi percebida no sistema de saúde canadense, quando foi divulgado o documento *A new perspective on the health of Canadians* (Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses), elaborado pelo

epidemiologista e então ministro Marc Lalonde (Lalonde, 1974).

O Informe Lalonde foi o primeiro documento de governo a usar o termo Promoção da Saúde, além de trazer o conceito de "campo da saúde" (*health field*), ao propor a interface entre quatro componentes: a biologia humana (relacionadas ao genótipo dos indivíduos e aos diversos processos fisiopatológicos passíveis de ocorrência em um organismo complexo como o corpo humano), o ambiente (seja social, referente às condições de trabalho, ou natural, relativo à contaminação dos recursos como ar, água e alimentos), os estilo de vida (advindos do comportamento humano e seus riscos autoimpostos) e a organização da assistência à saúde (Lalonde, 1974).

Estudo sobre causalidade do processo saúde-doença constatou que 53% da mortalidade canadense relacionava-se ao estilo de vida, 20% ao ambiente, 17% à biologia humana e 10% à organização da assistência que, paradoxalmente, concentrava a maior parte dos gastos diretos com saúde (Carvalho S, 2010).

Diante desses dados, a chamada corrente da Promoção de Saúde Moderna buscou romper com a percepção de que a saúde é resultante de cuidados médicos e conscientizar a população do desequilíbrio dos gastos setoriais. Estratégias foram propostas para mudanças no cenário da saúde canadense. Foi discutida a implantação de uma rede de centros comunitários de saúde e serviços sociais que considerasse a gravidade dos problemas de saúde, as prioridades definidas pelas autoridades de saúde, a disponibilidade de soluções efetivas com resultados mensuráveis, os custos e as iniciativas federais centradas em promoção da saúde, regulação, pesquisa, eficiência da atenção à saúde e estabelecimento de objetivos (Pasche, Henninghton, 2006).

Também como decorrência desses estudos sobre a morbimortalidade no Canadá, surgiu a teoria sobre a importância do estilo de vida nas questões de saúde. O enfoque eminentemente

preventivista de mudança de estilos de vida e de comportamento apresentava 23 propostas de ações voltadas a fatores específicos como fumo, obesidade, promiscuidade sexual, abuso de substâncias psicoativas, entre outras (Buss, 2003).

As políticas baseadas nessa estratégia receberam críticas devido a seus efeitos limitados, sua ênfase unilateral, culpando o indivíduo por seus problemas de saúde, sem um enfoque mais coletivo, como o da determinação social do processo saúde-doença.

Essas limitações da corrente de promoção da saúde behaviorista estão na raiz do fenômeno de “culpabilização das vítimas”, um processo no qual determinados grupos populacionais, à margem do desenvolvimento capitalista, passam a ser responsabilizados por problemas de saúde cujas causas se encontram fora de sua governabilidade. Em determinados contextos (hegemonia de políticas neoliberais) estratégias behavioristas podem vir a constituir uma escusa para a desobrigação do Estado em relação às suas obrigações sociais, à custa de maior carga de responsabilidade de indivíduos e grupos por seus problemas de saúde (Carvalho S, 2010, p. 50).

A corrente da Promoção de Saúde Moderna emergiu num contexto de falência do Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*), de queda dos governos sociais democratas na Europa e de instauração de governos ditatoriais na América Latina (Stotz, Araújo, 2004). Nem mesmo os países mais desenvolvidos conseguiram operacionalizar as propostas de maior impacto, ou seja, políticas públicas populacionais. Consequentemente, o enfoque foi voltado ao aspecto individual, por meio de ações que estimulassem a adoção de hábitos saudáveis. Uma marca desse modelo histórico de desenvolvimento, das concepções de promoção da saúde, é seu caráter fortemente moralizador, com propostas de adaptação cultural de sujeitos e grupos às regras médicas num processo civilizatório racionalizador (Luz, 2007).

A definição original de Promoção da Saúde proposta por Sigerist em 1946 enfatizava os fatores gerais da determinação da

saúde (condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e descanso). Já o Informe Lalonde enfatizou os fatores particulares. Entretanto, foi um marco por questionar oficialmente *o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde*. Enfrentou críticas, principalmente da OMS, por apresentar uma concepção de Promoção da Saúde voltada a hábitos privados cujo principal objetivo era a redução de custos da atenção à saúde (Sícoli, Nascimento, 2003).

O impacto mais significativo do Informe Lalonde foi a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, na cidade de Alma Ata, Cazaquistão, antiga União Soviética, organizada conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Considerada um importante marco para o setor de saúde, pois advoga cuidados essenciais de atenção primária para saúde e a qualidade de vida, teve grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo. Foi assistida por delegações de 134 governos e representantes de 67 organizações não-governamentais, organismos especializados e instituições vinculadas às Nações Unidas (Buss, 2003).

A Conferência denunciou a grande desigualdade social entre e dentro dos países, tecendo uma forte crítica à distribuição da riqueza mundial. Declarou que para atingir patamares aceitáveis de saúde até o ano 2000 deveria haver pleno desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem internacional. As políticas públicas de proteção e promoção aliadas ao desenvolvimento eram pontos decisivos para a obtenção de uma melhor qualidade de vida da população. Considerava ainda que os cuidados primários de saúde necessitariam da participação individual tanto no planejamento como na execução (Scliar, 2007).

Para tal intento, conclamou governos, organismos, a comunidade internacional e todos aqueles que trabalham no campo

da saúde direcionar esforços para que a Atenção Primária em Saúde (APS) fosse priorizada, incluindo a definição de orçamento adequado para o setor.

Estabeleceu a meta de Saúde para Todos no Ano 2000, mediante adoção de oito medidas: educação em saúde, promoção de boa nutrição, abastecimento adequado de água potável e saneamento básico, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais, assistência materno-infantil, imunização contra as principais enfermidades infecciosas e planejamento familiar (UNICEF, 1978). Este conceito foi amplamente divulgado e apresentado por inúmeros trabalhos produzidos sobre atenção primária e influenciou sobremaneira as várias propostas de organização da atenção em diferentes sistemas de saúde.

A Declaração de Alma Ata marcou o início da afirmação da saúde como direito universal a ser assumida como responsabilidade dos governos. Com ela, a equidade e a justiça social foram incorporadas a agenda da OMS. Reafirma a concepção positiva de saúde, desafiando o reducionismo biomédico, e incorpora a ação de outros setores sociais e econômicos como exigência fundamental para a consecução das metas em saúde. É nesse contexto que a intersetorialidade emerge como eixo estruturante das políticas públicas de saúde, de modo a ampliar o escopo de suas intervenções (Valadão, 2004).

Pode-se afirmar que a Conferência de Alma Ata inaugurou o momento da Nova Promoção da Saúde, em que se buscou uma definição de APS. Como resultado das várias experiências desenvolvidas em diferentes partes do mundo, a APS, foi definida considerando, a um só tempo, dois aspectos implícitos ao termo: como estratégia e como nível de atenção. A OMS passou a definir cuidados primários em saúde como:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (UNICEF, 1978, p. 3).

Embora a concepção de APS proposta pela OMS apontasse para ações integradas tanto no âmbito da saúde e seu envolvimento com ações intersetoriais, posteriormente à realização da Conferência de Alma-Ata houve vasta divulgação da uma concepção seletiva de APS que se distanciava da compreensão originariamente assumida pela OMS.

A noção de *Selective Primary Health Care* (SPHC) propunha a formulação de programas custo-efetivos, focados em problemas de saúde específicos, tidos como de forte impacto na saúde da população e de fácil monitoramento e avaliação. Essa proposta de atenção oferece um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, destinada a populações e regiões pobres, sem possibilidade de referência em níveis de maior densidade tecnológica (Cueto, 2004; Magnussen, Ehiri, Jolly, 2004; Mendes, 2012). Essa versão seletiva da APS surgiu da crítica feita à concepção de APS presente na Declaração de Alma-Ata, considerada uma concepção idealizada, muito ampla e com poucas chances de aplicabilidade e de realização no prazo definido pelas metas do “Saúde Para Todos no Ano 2000” (Cueto, 2004).

Atualmente a Organização Pan-americana da Saúde propõe uma renovação da APS, e justifica sua necessidade:

[...] há novos desafios epidemiológicos a enfrentar; é preciso corrigir as debilidades e as incoerências presentes nos enfoques mais limitados da APS; é necessário incorporar na prática cotidiana da APS novos conhecimentos e novos instrumentos para incrementar sua efetividade; é importante reconhecer o papel da APS em fortalecer a capacidade da sociedade para reduzir as desigualdades em saúde; é essencial entender que a APS constitui uma sólida prática para abordar e superar a falta de saúde e as desigualdades (Mendes, 2012, p. 57).

Em meados da década de 80, com a insatisfação e as críticas crescentes ao modelo de atenção predominante, emergiram novamente as discussões sobre a APS. Contrário ao enfoque individual da promoção da saúde, ressurgiu a abordagem social, destacada, entre outros, pelo Relatório de Sir Douglas Black (*Black Report*), na Inglaterra, despertando a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade (Brasil, 2002a).

Na América Latina, essa observação já vinha sendo amplamente discutida, sobretudo na área acadêmica, por meio dos trabalhos de Juan Cesar Garcia, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sergio Arouca, entre vários outros, que no desenvolvimento do ensino da Medicina Preventiva e Social introduziram importantes evidências resultantes da expansão da pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas à saúde. Obviamente, a essa reação, do que na época era visto como o Terceiro Mundo, não alcançou maior repercussão na evolução das práticas discutidas nos países centrais. Enquanto no sul, destacavam-se as causas sociais, no norte discutiam-se possíveis abordagens individuais, sem que qualquer interação se viabilizasse entre os principais teóricos da época (Brasil, 2002a).

Em 1981, a Primeira Conferência Nacional de Saúde, no Canadá, introduziu a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde, porque moldava o comportamento individual. Admitiu-se que a escolha do estilo de vida dependia da

classe social. Com isto, foi proposta uma visão ampliada de promoção da saúde, que implicava uma atuação sobre as iniquidades (incluindo o status socioeconômico), estendendo-se ao âmbito da prevenção e apoiando a população no enfrentamento dessas circunstâncias. Assim, a promoção da saúde afastou-se dos estilos de vida, adotando uma nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais (Marcondes, 2004).

Posteriormente, em 1984, sob a liderança do ministro Jake Epp, em uma conferência canadense denominada *Além do Cuidado da Saúde*, com a participação do Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (EURO/OMS), dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável. Admitiu-se com isso a influência na situação de saúde, a partir de decisões políticas externas ao setor saúde, e com o conceito de “cidade saudável” avançou-se rumo ao “empoderamento” e à participação social, buscando promover a saúde por meio da descentralização do poder às comunidades locais. A estratégia de APS formulada em Alma-Ata, com o enfoque multissetorial, envolvimento comunitário e tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental (Brasil, 2002a).

Com esta motivação, foi planejada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, em colaboração com o Escritório Mundial da Saúde na Europa e a Associação Canadense de Saúde Pública. Tal sequência de eventos evidencia a clara inter-relação existente entre os conceitos de APS, promoção da saúde e cidades saudáveis (Brasil, 2002a).

A Carta de Ottawa, principal produto e documento final desta Conferência, define a promoção da saúde como:

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo

uma maior participação no controle do processo "sendo considerados pré-requisitos para a saúde a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade" (Brasil, 2002a, p. 20).

A Promoção da Saúde corresponde ao conjunto de esforços orientados não apenas para a prevenção das doenças, mas fundamentalmente para o reforço da saúde. Enquanto as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua prevalência e incidência nas populações, a promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que a prevenção, pois se refere a medida que não se dirige a uma determinada doença ou desordem, mas para aumentar a saúde e o bem-estar gerais (Rivera, Artmann, 2009, p. 184).

A Carta de Ottawa ampliou a concepção de Promoção da Saúde naquele determinado momento histórico, pois incorporou a importância e o impacto dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais nos determinantes da saúde. Menciona dentre os campos de ação da promoção de saúde o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, a criação de ambientes propícios à saúde, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários (Reis, 2002).

A formulação e implementação de políticas públicas saudáveis implica a construção da prioridade para a saúde entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com responsabilização por suas consequências sobre a saúde da população. Políticas públicas saudáveis materializam-se por meio de diversos mecanismos complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações intersetoriais coordenadas e voltadas para a equidade em saúde, a distribuição mais equitativa da renda e as políticas sociais.

A criação de ambientes favoráveis à saúde não diz respeito somente à proteção do meio ambiente e à conservação dos recursos naturais. Denota, sobretudo, que a saúde é produzida socialmente

em diferentes espaços e esses, por sua vez, são complexos, pois mantém relações de interdependência entre pessoas e meio ambiente. Transcende, portanto, o espaço físico e engloba o espaço social, por meio das relações, que se estabelecem entre os seres humanos.

Nesse sentido, é importante que as pessoas participem da reflexão sobre potencialidades e problemas existentes em seus locais de convivência - escolas, unidades de saúde, hospitais, locais de trabalho, espaços de lazer e no município como um todo - para garantir a qualidade de vida nesses espaços (Buss, 2003; Westphal, 2006).

Com a evolução do movimento da promoção de saúde na América do Norte, surgiu o Movimento Cidades Saudáveis, citado aqui por sua importância na compreensão do alcance e do significado da nova formulação dos conceitos de promoção de saúde. Esse movimento surgiu em 1984, em Toronto, no Canadá, e foi encampado pela OMS a partir de 1986 (Aicher, 1998; Westphal, Mendes, 2000).

A OMS considera uma cidade saudável aquela em que os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos numa ótica ampliada de qualidade de vida, de acordo com a proposta de promoção da saúde desenvolvida na Carta de Ottawa. O movimento alcançou inúmeras cidades de todo o mundo, formando redes regionais e globais, e tornou-se o mais difundido projeto estruturante da moderna promoção de saúde, tendo sido também incorporado como estratégia pelo movimento de municipalização da saúde no Brasil (Ferraz, 1993, 1998; Buss, 1998; Mendes, 1996).

O incremento do poder técnico e político das comunidades (*empowerment*) têm como objetivo fortalecer em direitos e em participação, grupos, pessoas ou populações sujeitos a discriminação e exclusão, fiscalizar os poderes estatais e os grandes interesses econômicos e lutar contra a opressão. Entretanto, o

fortalecimento das ações comunitárias só se concretiza mediante capacitação dos setores marginalizados, formação de grupos que pressionem o Estado para garantia de direitos, redistribuição de recursos, informações e poder (Brasil, 2002a). No Brasil, é traduzido como “empoderamento”, devido à dificuldade de sua tradução literal:

Empowerment é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma ideia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presente nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de autoajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre as distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico (Carvalho, 2004, p. 1.090).

A palavra poder é explicitada como “capacidade e autoridade para influenciar o pensamento dos outros – poder sobre; ter acesso a recursos e bens – poder para; tomar decisões e fazer escolhas – poder para; resistir ao poder dos outros se necessário – poder de” (Pinto, 1988, p. 251). O processo de *empowerment* pretende desenvolver todos esses tipos de poder.

O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos.

Diversas organizações devem responsabilizar-se por tais ações. Esse componente da Carta de Ottawa resgata a dimensão da educação em saúde, embora aqui também avance com a ideia de *empowerment*, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade.

A reorientação dos serviços de saúde presente na concepção da promoção da saúde vai além da mera responsabilidade em proporcionar serviços clínicos e médicos. A superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa, também requer transformações significativas na organização e no financiamento do setor saúde.

A Carta de Ottawa contribuiu para o desenho de políticas públicas comprometidas com os direitos universais, o desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais em saúde, tendo se tornado referência para a realização das demais sete Conferências Internacionais de Promoção à Saúde promovida pela OMS: Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2005 e Nairóbi em 2009 (Brasil, 2002a).

Essas conferências merecem ser mencionadas porque discutiram formas de operacionalizar o conceito de saúde como direito humano a ser conquistado, por colaborarem para o desenvolvimento conceitual da promoção em saúde e por articular propostas na agenda política de chefes de Estado e gestores de diferentes instâncias de poder no mundo inteiro, sempre numa perspectiva multissetorial, envolvendo um conjunto de ações variadas para o alcance da melhoria da qualidade de vida em nível global (Brasil, 2002a).

A II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide (Austrália) em 1988, enfatizou a elaboração de políticas públicas saudáveis, caracterizadas “pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (Brasil, 2002a, p. 35). Além disso, destacou os benefícios econômicos a serem alcançados em longo prazo quando da adoção planejada em curto prazo de

políticas públicas saudáveis.

O foco da III Conferência Internacional realizada em Sundsvall (Suíça), em 1991, um ano antes da ECO-92, firmou o compromisso das organizações do Sistema das Nações Unidas com o desenvolvimento sustentável e procurou explicitar e enfatizar a interdependência entre ambiente e saúde. O propósito foi chamar a atenção do mundo para o tema do ambiente, em suas dimensões físicas, naturais, sociais, econômicas, políticas e culturais, e as consequências de sua degradação para a saúde das populações (Brasil, 2002a).

Um aspecto interessante da Declaração de Sundavall é o enfoque relativo às quatro condições necessárias para a criação de ambientes favoráveis e promotores da saúde:

- ✓ a dimensão social, que alerta para a necessidade de mudanças nas relações sociais tradicionais, quebrando o isolamento social que pode influenciar negativamente a saúde;

- ✓ a dimensão política, com enfoque na participação democrática nos processos de decisão e descentralização dos recursos;

- ✓ a dimensão econômica, que requer reescalonamento dos recursos para os setores sociais (inclusive a saúde) e para o desenvolvimento sustentável;

- ✓ a utilização da capacidade das mulheres em todos os setores (Buss, 2000; WHO, 1991).

A Declaração de Jacarta, fruto da IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada na Indonésia em 1997, destacou que ações baseadas nas cinco estratégias elencadas na Carta de Ottawa são mais eficazes que estratégias isoladas. Ao apontar diferentes espaços para o desenvolvimento de políticas promotoras de saúde, ofereceu orientação prática para ações concretas (Brasil, 2002a).

A V Conferência Mundial, realizada na cidade do México em 2000, procurou avançar no desenvolvimento das prioridades da promoção de saúde para o século XXI, identificadas em Jacarta e confirmadas pela Assembleia Mundial da Saúde de 1998: a) promover a responsabilidade social em matéria de saúde; b) ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos; c) aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde; d) assegurar a infraestrutura necessária à promoção de saúde e fortalecer sua base científica; e) reorientar os sistemas e serviços de saúde (Brasil, 2002a).

O documento internacional intitulado “Declaração do México”, destacou que a Promoção da Saúde deve ser considerada uma prioridade fundamental de políticas e programas públicos locais, regionais, nacionais e internacionais, visando à equidade em saúde. Além disso, sinalizou o compromisso com o desenvolvimento da participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de Promoção da Saúde para fortalecer e ampliar parcerias na área da saúde (Brasil, 2002a).

A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado (WHO, 2005) resultou da VI Conferência Internacional sobre o tema. Esse encontro ocorreu em agosto de 2005, na capital tailandesa. O documento reafirmou a definição sobre a Promoção da Saúde redigida pela Carta de Ottawa e ressaltou as recomendações das conferências anteriores. Destacaram-se discussões sobre os desafios de promover a saúde num mundo globalizado, a saúde como uma responsabilidade central de todos: governos, organizações internacionais, setor privado, sociedade civil, ONG e comunidades. A Carta menciona ainda o *empowerment* comunitário como a chave do sucesso, sem, contudo, acrescentar novos elementos para realizar a educação na perspectiva comunitária ou individual no campo da Promoção da Saúde. As recomendações sobre a educação são pouco específicas e referem-se à sociedade

civil em geral (WHO, 2005).

Laverack (2007) afirma que uma diferença significativa entre as Cartas de Ottawa e de Bangkok é a mudança fundamental com relação ao conceito de saúde, uma vez que a Carta de Bangkok foca no processo de capacitar as pessoas na obtenção de maior controle sobre sua saúde e seus determinantes, enquanto a Carta de Ottawa tem foco preponderante nos determinantes sociais da saúde.

A decorrência das disputas conceituais com relação à Promoção da Saúde tem determinado diferenças nas práticas sanitárias. Tais ações podem estar focadas tanto na responsabilidade individual, a partir de uma perspectiva comportamental, quanto no reconhecimento das determinações gerais das condições de vida e saúde na sociedade, conforme aponta a perspectiva contemporânea preconizada pela Carta de Ottawa. A opção da segunda concepção requer modelos de investigação e de avaliação de caráter integrado, multidimensional e intersetorial, frente aos problemas de saúde (Verdi, Caponi, 2005; Neto et al., 2009; Buss, 2000).

A VII Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde que aconteceu em Nairóbi no Quênia em 2009, teve como tema: “Chamada para a ação”, visando superar o abismo entre o desenvolvimento e a promoção da saúde por meio do empoderamento comunitário e individual, do reforço dos sistemas de saúde, das parcerias e da ação intersetorial e da construção de competências para a promoção da saúde (OMS, 2009).

A análise de todas as conferências e reuniões que foram desenvolvidas desde a década de 70 revela a preocupação com a questão da saúde e da vida. Em Alma Ata a saúde foi considerada direito universal e definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença. Em Ottawa, a saúde foi definida como um recurso para vida e não um objetivo para viver, numa dimensão positiva, quando mantém

uma relação de interdependência com a qualidade de vida. Em Adelaide, a saúde foi considerada um sólido investimento social. Em Sundsvall, foi destacada sua inseparabilidade e interdependência com o ambiente.

Em Bogotá, a produção social da saúde foi atrelada a condições econômicas, sociais, culturais, ambientais, biológicas e de conduta. Em Jacarta, tais conceitos foram referendados e a saúde foi considerada essencial para o desenvolvimento social e econômico. Em Bangkok, no cenário desafiador de um mundo globalizado, todos foram chamados a se responsabilizar pela promoção da saúde.

E, em Nairóbi, a exortação foi para que os princípios da promoção em saúde sejam operacionalizados de fato, porque o enfoque nas práticas permanece restrito e tem sido pequena a capacidade de resposta e responsabilidade de setores e sujeitos sociais nos processos de mudança.

Até agora, foram discutidas as conferências sobre promoção da saúde no cenário internacional. É pertinente comentar como tais ideias foram sendo introduzidas na América Latina e no Brasil.

O ideário da promoção da saúde foi discutido na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde nas Américas, realizada na Colômbia, no ano de 1992, cujo documento final é a Declaração de Santa Fé de Bogotá, que marca as discussões sobre o tema no contexto dos países latino-americanos em desenvolvimento.

A Declaração enfatizou a necessidade de superação das condições de pobreza, sofrimento e enfermidades, sobrepostas aos efeitos dos processos de urbanização e industrialização desordenados, que produzem iniquidades de saúde de graves proporções. Propôs ainda o fortalecimento das políticas públicas saudáveis, a capacidade organizativa e participativa da população e a atuação mais ampla e intersetorial dos profissionais de saúde

(Brasil, 2002a; Freitas, 2003).

No Brasil, as premissas que embasaram a construção do moderno conceito de promoção da saúde também permearam o Movimento da Reforma Sanitária, o qual foi se ampliando ao longo dos anos 80, incluindo lideranças políticas, sindicais e populares, bem como parlamentares que criticavam o modelo de saúde vigente e propunham alternativas e orientações para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Como fruto desta mobilização, no bojo mais amplo da luta pela democratização do Estado Brasileiro, foi proposto o SUS.

Os fundamentos sobre Promoção da Saúde foram introduzidos em meados dos anos 80 na VIII Conferência Nacional de Saúde e com a promulgação da Constituição cidadã (Carvalho S, 2010). Tais eventos revelam um momento histórico no qual o direito universal à saúde, o controle social mediante a participação e a busca da equidade tornam-se marcantes no discurso sociosanitário brasileiro.

Quando se observa o conteúdo da Carta de Ottawa e do Relatório Final VIII Conferência Nacional de Saúde, constata-se que os dois documentos valorizam a interdisciplinaridade como recurso para análise, a intersetorialidade na concretização das práticas e políticas sociais e o controle social como estratégia de democratização, estabelecendo “novas relações de cidadania entre a Sociedade e Estado” (Pedrosa, 2001, p. 164). Embora os dois documentos sejam produto de trajetórias históricas específicas, afirmam-se como discursos contra-hegemônicos, num contexto de agravamento das iniquidades sociais, resultantes do desenvolvimento econômico global.

Na década de 1990, os princípios e diretrizes da Promoção da Saúde influenciaram a elaboração do arcabouço teórico do modelo de Vigilância à Saúde, a proposta de Cidades Saudáveis e a reorganização da rede básica de saúde no Brasil (Carvalho S, 2010).

A promoção da saúde no SUS foi ratificada em 2006, quando o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cuja institucionalização ocorreu por meio da Portaria 687 GM/MS, de 30 de março de 2006 (Brasil, 2006a). O objetivo geral dessa política é promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, a saber: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Para garantir a integralidade do cuidado, a PNPS estabelece estratégias de organização das ações de promoção da saúde e define responsabilidades nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde.

O alcance desse propósito deve ocorrer por meio de ações integradas e intersetoriais em que os setores privados e os do governo, bem como os não governamentais, juntamente com a sociedade, participam em conjunto do debate sobre a determinação social da saúde e potencializam formas amplas de intervenção. O Anexo 1 (documento que embasa a portaria da PNPS) reitera a importância da determinação social do processo saúde doença e a necessidade de mudança do modelo assistencial em saúde.

No SUS a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde doença adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada, e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde. Tradicionalmente os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS, e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver

como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida. Propõe-se, então, que as intervenções em saúde, ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles além dos muros das unidades e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham (Brasil, 2006a, p. 7).

Embora os preceitos contidos na PNPS ganhem cada vez mais importância, porque se baseiam no esforço de gerar saúde, ao invés de apenas evitar ou curar doenças, a análise dos textos dessa política pública evidencia ambiguidades que não contribuem para a transformação efetiva das práticas em saúde.

Estudo realizado por Gomes (2009) com o objetivo de identificar as ações mais priorizadas pela PNPS face do Estado neoliberal, aponta várias contradições. Por exemplo: ainda que o texto da política mencione o direito da população à saúde com base em um conceito ampliado de saúde, que reconhece o peso da determinação social sobre a qualidade de vida das pessoas, são priorizadas as ações individuais, em detrimento das coletivas.

Existe um estímulo ao empoderamento individual, no qual é reforçada a necessidade de adoção de estilos de vida e hábitos saudáveis, evitando riscos e danos à saúde. Porém, não se observa a preocupação com o empoderamento coletivo, em que haveria um reforço da ação coletiva e política sobre os determinantes do processo saúde-doença. Outra incoerência observada é o fato de que as ações focalizam mais a prevenção das doenças, embora a política seja de promoção da saúde, em que a responsabilidade seria atuar sobre as causas dos problemas de saúde.

[...] Esse deslocamento de promoção para prevenção pode ser observado na própria reconfiguração do local onde a PNPS estava, inicialmente sendo gestada, que

era na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde tendo sido transferida para a Coordenação Geral das Doenças e Agravos não transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde. Ou seja, uma política que nasceu com um recorte transversal, que buscava integrar diferentes áreas do Ministério da Saúde, restringe a participação de uma secretaria executiva, que poderia estar potencializando essa transversalidade, e se desloca para uma coordenação de doenças e agravos (Gomes, 2009, p. 74).

O autor supracitado menciona ainda, o incentivo à constituição das grandes redes nacionais relacionadas a práticas corporais e atividades físicas e aos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde, julgando necessário avaliar o que essas redes estão produzindo em relação às ações de promoção da saúde. Segundo o autor, as formas existentes (formulário específico e consulta via Vigitel, para as ações de práticas corporais), ainda não propiciaram elementos para uma avaliação mais criteriosa.

A análise dos discursos da PNPS no Brasil mostrou que, apesar da mesma identificar:

[...] os efeitos nocivos decorrentes das precárias condições de vida e das profundas iniquidades sociais existentes no Brasil contemporâneo, não problematiza a banalização do regime de injustiças imperante. [...] Assim, a evocação dos problemas sociais identificados como “modos de viver” deixa de refletir sobre como e porque eles aparecem e as suas formas de se reproduzirem, e, por conseguinte, impossibilita operacionalizar algum tipo de ação (Traverso Yépez, 2007, p. 230).

Em relação ao incentivo da participação social envolvendo usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde e gestores, o que se dá mediante construção da gestão compartilhada, é necessário considerar que existem formas hierárquicas de relacionamento que são características da sociedade brasileira, tendo-se:

[...] implícita a privação crônica de possibilidades de ação, escolhas, recursos, poder e direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais para grandes setores da

população. E esse conjunto de limitações que gera a experiência subjetiva de déficit estrutural que se expressa como anomia social, inviabilizando a participação e o envolvimento das pessoas (Traverso Yépez, 2007, p. 230).

Não obstante à importância da intersectorialidade como uma proposta de articulação transversal para resolver problemas e necessidades, devem ser consideradas as relações desiguais de poder vigente e as dificuldades de comunicação entre diferentes sujeitos sociais, "quando levados a trabalhar em favor de ações consensuadas" (Traverso Yépez, 2007, p. 231).

A autora salienta ainda que "as redes de compromisso e corresponsabilidade parece interessante, mas nada fáceis de atingir no atual contexto de profundos individualismos e competitividades" (Traverso Yépez, 2007, p. 233).

Embora a literatura científica seja rica em argumentações que sustentam que a promoção da saúde trata-se de um dos caminhos para a mudança do modelo assistencial hegemônico e uma possibilidade de melhoria da qualidade de vida, não há como negar o desafio de operacionalizá-la diante do contexto de globalização e das profundas iniquidades sociais existentes no Brasil.

Nessa conjuntura, entrevista realizada por Antunes (2011) com a secretária executiva da Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES), e com a presidente do Centro de Estudos em Saúde (CEBES), revelaram críticas contundentes com relação às declarações da OMS sobre a determinação social da saúde. Para a Secretária Ana Lucia Casallas, a grande crítica que pode ser feita tanto a Carta de Ottawa quanto à Declaração de Alma-Ata está em seu caráter despolitizado.

Segundo Ana Lucia Casallas, em entrevista a Antunes (2011, p. 1):

Essas declarações são prolíficas nos conceitos explicativos das desigualdades sociais, incorporam novas categorias e reiteram estratégias para combatê-las, mas são tímidas e insuficientes no enfrentamento ao poder do mercado e à perda de legitimidade dos Estados nacionais.

Conforme a Secretária supracitada, afirma Antunes (2011, p. 1), a Declaração do Rio, produzida durante a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada em outubro de 2011, no Rio de Janeiro:

[...] é interessante quando reafirma aspectos relevantes para a realização da saúde no mundo, coloca as iniquidades em saúde como produto das desigualdades sociais e reafirma o papel dos governos para superá-las. Suas limitações estão nas respostas fragmentadas, que dão pouca margem de manobra [...].

O caráter descontextualizado da Declaração reflete a visão hegemônica de determinação social da saúde adotada pela OMS. Essa visão privilegia a epidemiologia clássica, deixando de lado as contribuições da epidemiologia crítica, da medicina social e da saúde coletiva latino-americana. Esta abordagem é identificável por uma visão neutra e tecnocrática dos problemas, que não interpela o modelo de acumulação e distribuição capitalista. Por isso acabam se convertendo em discursos frágeis frente à imposição do mercado [...].

A então presidente do CEBES, Ana Maria Costa, considerou louvável a Declaração do Rio, retomar os princípios das declarações Alma-Ata e Ottawa, reavivando em âmbito global os debates sobre a determinação social da saúde iniciados na década de 1970. Entretanto, para ela o documento peca principalmente pelo que não está no texto (Antunes, 2011).

De acordo com Ana Maria Costa em entrevista a Antunes (2011, p. 1):

A Declaração pincela alguns aspectos, mas jamais vai recomendar que os países façam dotação orçamentária estabelecendo valores mínimos do PIB [Produto Interno Bruto] para a saúde, que tenham maior controle sobre os sistemas de saúde privados, sobre a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, por exemplo.

O que se pode ponderar das declarações supracitadas é que, embora a promoção da saúde seja uma proposta para mudar paradigmas e estratégias de ação em saúde, não tem sido colocada em prática. O conhecimento teórico existente sobre o tema e o simples discurso de caráter político-prescritivo nos textos da PNPS não são suficientes para a ação, sendo necessário considerar e refletir sobre sua viabilidade na sociedade brasileira, profundamente desigual.

As ambiguidades presentes nos documentos da PNPS refletem as disputas entre diferentes forças sociais em conflito: pensadores da Promoção da Saúde Moderna, que acreditam que as ações devem estar focadas na responsabilidade individual a partir de uma perspectiva comportamental, e os defensores da Nova Promoção da Saúde, que acreditam que as ações devem partir do reconhecimento das determinações gerais das condições de vida e saúde na sociedade, conforme preconizou a Carta de Ottawa.

Apesar das contradições presentes nos documentos da PNPS, existem iniciativas significativas em âmbito ministerial que corroboram para que a proposta de promoção da saúde seja uma realidade no Brasil. A recente institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013 (Brasil, 2013), certamente contribuirá para fortalecer um dos campos da promoção da saúde que é o poder técnico e político das comunidades, porque parte das experiências locais, visa potencializar seu caráter de articulação, produção de conhecimento e intervenção na luta por saúde.

Outro campo da promoção da saúde a ser contemplado pela educação popular em saúde é o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais. No âmbito da ESF, a educação em saúde é uma prática atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde e espera-se que contribua para o desenvolvimento de parcerias com os grupos sociais para o enfrentamento dos

determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde voltados à melhoria do autocuidado.

A Educação Popular em Saúde é uma proposta educativa capaz de responder às novas bases conceituais e aos objetivos da promoção à saúde porque tem potencial não apenas para mudar hábitos que levam ao desenvolvimento de doenças, mas permite aos usuários refletir sobre suas condições de vida, entendendo sua inserção no processo histórico. A partir disso, podem intervir sobre suas vidas e sobre o ambiente em que interagem, transformando a realidade existente (Chiesa, Veríssimo, 2001).

A emancipação dos indivíduos como um instrumento necessário e importante para a transformação da sociedade foi uma das preocupações do educador Paulo Freire, que acreditava que todo processo educativo deveria propiciar a libertação da consciência humana para que os sujeitos pudessem desenvolver suas potencialidades criativas promovendo as transformações sociais necessárias (Freire, 1996).

Um dos quatro eixos estratégicos do PNEP é denominado “intersectorialidade e diálogos multiculturais” e têm como objetivo promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e sujeitos sociais em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais, para responder à complexidade dos inúmeros desafios e necessidades sociais.

A promoção da saúde é um campo em constante desenvolvimento. Quando analisada a PNEPS, podem ser identificados equívocos conceituais e operacionais, mas também avanços importantes, como por exemplo, ao propor um conjunto de reflexões e práticas sociais comprometidas com o aperfeiçoamento democrático e a consolidação da intersectorialidade.

2.3 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E OS DESAFIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O trabalhador comunitário de saúde está presente em muitos contextos, cumprindo um papel significativo no desenvolvimento da coletividade. Ainda que apareça sob as mais diferentes formas e nomenclaturas em várias partes do mundo, seu trabalho envolve primordialmente a formação de elo entre a população e o sistema de saúde (Standing, Chowdhury, 2008).

A Mongólia, na China, foi o país pioneiro há 50 anos a recrutar camponeses do interior por meio das organizações locais do Estado e treiná-los para prestar os primeiros cuidados em vilarejos em que a população não tinha acesso a cuidados de saúde. Em muitas dessas localidades a assistência à saúde era executada por um morador com habilidades para praticar a acupuntura e a manipulação de ervas, conhecimento repassado por tradição, cujo aprendizado ocorria de maneira prática (Santos, 2006).

Com a revolução chinesa e a definição da agricultura como pilar da economia, houve a reorganização dos serviços de saúde pública no campo. Foram formadas equipes itinerantes constituídas por médicos recém-formados, médicos experientes e diferentes especialistas para assistência preventiva e curativa. Houve a capacitação de um corpo auxiliar médico e de sanitaristas voluntários, escolhidos na região de suas residências e trabalho, treinados para dispensar tratamentos e medicamentos, realizar intervenções e a promoção da saúde individual, coletiva e ambiental. Esses lavradores eram treinados em primeiros socorros para agir mediante pequenos acidentes, sem abandonar o trabalho produtivo na lavoura. Por essas características ficaram conhecidos como médicos dos pés-descalços, com os pés enraizados na realidade local (Santos, 2006).

Na Rússia, os auxiliares foram denominados por *feldshers* e desempenharam atividades distintas conforme a localidade. Nos centros urbanos realizaram função semelhante a de uma enfermeira qualificada; na área rural, os serviços de saúde lhes foram entregues ou à parteiras, que graças à dedicação e ao trabalho que realizavam, adquiriram confiança da população e desempenharam papel complementar à ação médica. As incumbências atribuídas a esses trabalhadores foram tantas, que eles buscaram formação como auxiliares de saúde pública, laboratório e serviços de emergência (Santos, 2006).

Agentes de saúde da comunidade também são encontrados em países da África, recrutados em povoados e aldeias, representam a primeira linha do sistema de saúde. São submetidos às precárias situações de recrutamento, seleção, treinamento, supervisão e recebiam baixos salários. Por isso, muitos abandonaram seus postos de trabalho, deixando as coletividades rurais sem nenhum tipo de assistência (Santos, 2006).

No Sudão, os agentes de saúde desempenham o eixo central da atenção primária. Alguns são nômades, espalhando-se pelas regiões mais remotas, ou atua em unidades primárias localizadas no deserto ou distribuídas ao longo das margens do rio Nilo e de seus afluentes. Desenvolvem atividades de educadores sanitários, administram medicamentos para tratamento de doenças simples e encaminham casos complexos para serviços de maior complexidade assistencial quando necessário. O conhecimento sobre ervas, arbustos e árvores com propriedades medicinais, que cultivam nas áreas circunvizinhas, é um recurso amplamente utilizado para o desempenho do trabalho. (Santos, 2006).

Na Tanzânia, os agentes de saúde são chamados de auxiliares médicos. São capacitados para tratar doenças comuns, prestar atendimento de urgência, prevenir doenças comuns; realizar educação em saúde e visitas domiciliares (Santos, 2006).

No Haiti, são conhecidos como promotores rurais. Após a capacitação, realizam atualização dos registros demográficos, educação em saúde, medidas dos sinais vitais, administração de medicamentos, vitaminas e vacinas, tratamento de transtornos, além de serem responsáveis por favorecer o diálogo constante com o saber popular e a dinâmica cultural do local (Santos, 2006).

No Peru são conhecidos como promotores voluntários de saúde do Peru; na Jamaica existem os auxiliares de saúde comunitária; na Venezuela são chamados *auxiliares de enfermería*; no Nepal, voluntários para saúde; na Índia, funcionários de saúde pública; nas Filipinas, agentes locais de saúde e na Bolívia, agentes comunitários de saúde, todos com objetivos e atividades semelhantes (Santos, 2006).

No Brasil, experiências anteriores ao trabalho do ACS aconteceram no contexto do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, entre 1942 e 1960, em meio à Segunda Guerra Mundial, por meio de contrato de cooperação que envolveu o Ministério de Estado de Negócios Exteriores do Brasil e representante dos interesses dos Estados Unidos. O objetivo era preservar o aporte de matéria-prima ao grupo de países aliados em guerra fato que explica a sua focalização na Amazônia, região de extração de borracha e minério de ferro. As atividades inicialmente centravam-se no saneamento e no combate às endemias locais que acometiam a população assistida, dentre elas, a malária (Santos, 2006).

As atividades do SESP ampliaram-se tanto que, em 1960, no âmbito do Ministério da Saúde, foi criada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), que, durante 30 anos, desenvolveu uma série de experiências de ampliação de cobertura, incluindo a assistência médica no setor da saúde pública (Santos, 2006).

Em relação a esses programas, destaca-se o trabalho dos guardas da malária, auxiliares de saneamento e, sobretudo,

auxiliares conhecidas como visitadoras sanitárias. Mediante a supervisão e orientação de enfermeiras, as visitadoras sanitárias atuavam tanto na unidade de saúde quanto nas coletividades, realizando visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos, atendimento a gestantes e crianças de baixo risco na unidade sanitária, acompanhamento de nascidos vivos e óbitos de menores de um ano e monitoramento de portadores das doenças mais prevalentes (Lima, Moura, 2005).

Todavia, a utilização dos agentes de saúde no contexto nacional ganhou impulso a partir da década de 70, com o Plano Decenal de Saúde para as Américas, de 1972, e a proposta dos Cuidados Primários de Saúde com a Conferência de Alma Ata, em 1978, que enfatizou a importância do nível local como espaço privilegiado para as ações primárias de saúde. A declaração de Alma-Ata recomendou a atuação de trabalhadores comunitários de saúde ao afirmar que os cuidados primários:

[...] baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (OPAS, 1978, p. 46).

No Brasil, esse evento estimulou a experiência do Projeto Montes Claros, implantado no estado de Minas Gerais em 1975, e a instituição do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976, cujos integrantes possuíam atribuições e características muito próximas das desenvolvidas atualmente pelos ACS (Santos, Pierantoni, Silva, 2010).

O Projeto Montes Claros foi uma experiência original, singular e coletiva, que visualizava a construção de um novo modelo de organização de serviços. Previa uma estrutura hierarquizada em quatro níveis: domiciliar, local, de área programática e de região,

com seus respectivos serviços. Os auxiliares de saúde, elementos-chave desse sistema, eram selecionados entre moradores e atuavam como estimuladores da participação popular nas decisões voltadas para alterações das relações de poder local. As atividades educativas desenvolvidas pelos auxiliares organizavam-se em torno de orientação ao trabalho das parteiras, reforço ao uso da medicina popular caseira com a utilização dos chás, orientação alimentar com os produtos da região, puericultura e amamentação natural, visita domiciliar, consultas coletivas, dentre outras (Stralen, 1995).

O PIASS, cuja fase inicial ocorreu entre 1976 a 1979, objetivava a interiorização das ações de saúde e o saneamento em municípios com até 20.000 habitantes, carentes de assistência e situados principalmente na região Nordeste. Uma das estratégias utilizadas era a mobilização social por meio do recrutamento de pessoal de nível auxiliar das próprias localidades. Após treinamento, esses agentes desenvolviam ações relacionadas principalmente ao meio ambiente, tais como a implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água, destino de dejetos e do lixo, hortas, pomares e criação de animais (Mathias, 2008).

Na década de 1980, o PIASS atingiu sua maior expansão, que correspondeu à sua etapa nacional, na qual se destacou o Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural, Vale do Ribeira – Devale, um braço do PIASS nacional desenvolvido em São Paulo, especificamente para regiões de Sorocaba e Vale do Ribeira. Nesse projeto, os agentes de saúde também eram recrutados localmente, operando postos de saúde rurais e na periferia de centros urbanos, responsáveis por um conjunto de atividades comunitárias e de atenção individual (Morosini, Corbo, Guimarães, 2007).

As experiências de práticas de saúde recorrendo às pessoas da coletividade foram muito difundidas em outras instituições desvinculadas do Estado, como a Pastoral da Saúde e da Criança,

criada em 1983, na cidade de Florestópolis/PR, pela Dra. Zilda Arns Neumann e pelo arcebispo de Londrina à época, Dom Geraldo Majjela Agnello. Contudo, existe uma clara diferença entre esses agentes e os atuais ACS que atuam no sistema oficial de saúde. Os agentes das pastorais são voluntários, movidos pela fé e religião, não recebem nenhum tipo de remuneração e não são supervisionados (Santos, Pierantoni, Silva, 2010).

A experiência que estabeleceu as bases para a transformação do trabalho dos ACS em política pública ocorreu no Ceará, entre junho de 1987 e junho de 1988. A iniciativa foi do poder público, como parte de um programa de emergência para diminuir as altas taxas de mortalidade infantil durante a estiagem. Na ocasião, foram contratados 6.113 trabalhadores, oriundos de 118 municípios, na maioria mulheres pobres da própria comunidade que tinham facilidade de aceitação pela população. Realizavam ações básicas de saúde, como terapia de reidratação oral, vacinação, orientação para o aleitamento materno, busca ativa das gestantes para fazer o pré-natal e encaminhamento por ocasião do parto. Para desenvolver essas ações, recebiam um salário mínimo. O treinamento era de três dias e havia um profissional de saúde responsável pela supervisão (Lima, Moura, 2005; Ávila, 2006).

Mantido com recursos federais e estaduais, o Programa caracterizou-se pelo emprego de mão de obra não capacitada, cumprindo duas funções: por um lado, a provisão de sobrevivência de milhares de famílias e, por outro, a urgência de ações para melhorar os indicadores alarmantes da saúde infantil. Não se pode negar, porém, as características do Programa, implantado na lógica da atenção primária seletiva, com um pacote limitado de oferta de serviços de saúde às classes sociais menos favorecidas (Giovanella, Mendonça, 2008).

Contudo, após dois anos, foi possível constatar seu potencial no desenvolvimento das ações de saúde, com amplo apoio

populacional em virtude dos resultados favoráveis nos indicadores de saúde materno-infantil. Assim, por ser um dos principais colaboradores na queda da mortalidade infantil no período de 1991-1995 no Estado do Ceará, o programa recebeu um prêmio do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, em 1993. O impacto positivo determinou a perda de seu caráter emergencial e passou a ser usado como estratégia de disseminação das ações básicas de saúde materno-infantil, adquirindo características de cobertura e de interiorização das ações de saúde (Silva, Dalmaso, 2002).

Assim, naquele momento, o governo do estado do Ceará decidiu então institucionalizar o agente de saúde por meio de um novo programa chamado “Programa Agentes de Saúde”, experiência que se revelou pioneira no Brasil, pois embora o trabalho com agentes de saúde já existisse, faltava-lhe o caráter jurídico, o que foi dado por meio de decretos e regulamentações.

Em 1991, a experiência bem sucedida no Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), vinculado a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), cujas práticas em saúde eram desenvolvidas em diversas regiões do país, porém de forma isolada e focal, atendendo populações em situação de maior risco à saúde na Região Nordeste e Região Norte (Castro, Vilar, Fernandes, 2004).

Em 1992, o PNACS foi transformado em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), nomenclatura que se difundiu nacionalmente e ainda permanece. Inicialmente o PACS focalizou a assistência no grupo materno-infantil, expandindo-se posteriormente para apoiar à organização da atenção primária em saúde nos municípios.

Naquele momento, o elenco de ações básicas de saúde propostas para o ACS estava mais fortemente vinculado à melhoria da saúde de gestantes e crianças do que à atenção às necessidades de saúde da população como um todo.

[...] tais atividades tinham prioridade de execução em relação àquelas relacionadas à coleta e alimentação de dados primários de saúde que poderiam contribuir para a identificação das causas e determinantes das condições de saúde da população adstrita. Posteriormente, com a entrada da cólera no país, o programa passou a dar mais ênfase aos procedimentos relacionados ao controle e à prevenção desta doença (Morosini, Corbo, Guimarães, 2007, p. 265).

Nesse período, os ACS não constituíam uma categoria definida, não tinham escolaridade definida e não faziam parte da equipe de saúde, apesar de terem supervisão das enfermeiras.

O sucesso do PACS foi bastante expressivo no que se refere à alteração de indicadores clássicos da situação de saúde da população, principalmente a mortalidade infantil. Seus efeitos fizeram-se sentir também no aumento da cobertura vacinal e da prática do aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade (Morosini, Corbo, Guimarães, 2007). Esse fato, aliado à necessidade de organização da rede assistencial e reorientação das práticas de saúde, determinou que o PACS fosse pensado como uma estratégia de transição para o Programa Saúde da Família (PSF), lançado pelo Ministério da Saúde em 1994.

[...] a Estratégia saúde da Família é uma forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada a permanente defesa da vida do cidadão. Está assim estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (Brasil, 2000, p. 9).

Desde 2006, a ESF vem sendo valorizada por seu potencial de produzir mudanças na lógica assistencial. A ela são atribuídas características inovadoras e reestruturadoras dos serviços de saúde, capazes de romper com visões fragmentadas, ao pensar o usuário de forma mais ampla e de acordo com seu modo de vida.

A mudança da designação deveu-se ao fato de ser considerada a *estratégia* para substituir a forma de pensar o modelo

assistencial, transformando práticas centralizadas no atendimento médico, medicamentoso, curativo e individual, em um modelo coletivo voltado para o atendimento multi e interprofissional, centrado na família e na coletividade (Costa et al., 2009).

Atualmente a equipe da ESF é composta, no mínimo, por um médico generalista ou de família, uma enfermeira, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis ACS. A versão ampliada da equipe de saúde da família inclui o cirurgião dentista, o auxiliar de consultório dentário e o técnico de higiene dentária. Os municípios brasileiros podem alterá-la conforme suas necessidades, desde que se responsabilizem pelos recursos financeiros (Morosini, 2010).

Conforme a Portaria nº 648 do Ministério da Saúde, de março de 2006, a equipe multiprofissional é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. Os ACS, devem cobrir, no máximo 750 pessoas, sendo que a jornada de trabalho para todos os integrantes da equipe deve ser de 40 horas semanais (Brasil, 2006b).

As equipes multiprofissionais são responsáveis, portanto, pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, e têm como desafio atuar nas ações de promoção da saúde, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde, visando a uma maior resolubilidade (Brasil, 2006b).

Ao falar de área geográfica delimitada e de adstrição de clientela, é importante enfatizar que o território não deve ser considerado uma mera regionalização formal para o atendimento na unidade, mas deve refletir o compromisso das equipes de se responsabilizar pelos indivíduos e pelos espaços em que habitam e se relacionam. Isso implica à equipe da ESF, conhecer fatos como, o território que se insere na dinâmica da cidade, a história da Unidade de Saúde, das pessoas que frequentam aquele serviço de saúde

para, a partir daí, entender as representações da coletividade sobre a Unidade.

O modo como os indivíduos e a forma como veem a Unidade determina a especificidade das relações que se estabelecem entre eles e o serviço de saúde. Por outro lado, os profissionais da Equipe de Saúde da Família têm suas próprias representações sobre a clientela, as quais definem os tipos de ações de saúde a serem desenvolvidas e como elas devem ser realizadas.

O território é considerado como espaço local de integração de diversos sujeitos sociais, voltado ao desenvolvimento da saúde e da construção da cidadania. Alguns autores, porém, apontam que o setor de saúde tem adotado uma concepção naturalizada de espaço, em que o ambiente é visto como externo à vida da sociedade. Assim, a delimitação de área de responsabilidade de uma equipe da ESF define apenas um local em que se opera a base do sistema, isto é, o número de famílias a ser considerada, a localização dos equipamentos de saúde, o número de equipes por área de abrangência, distribuição da população por faixa etária, dentre outras variáveis. Tal abordagem limita-se a uma descrição estática do espaço onde tal equipe deve atuar.

De fato, no Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), verifica-se que orienta as divisões territoriais da ESF com uma lógica centrada na quantidade de população a ser atendida, sendo a territorialização uma etapa da implantação do PACS e PSF e, inclusive, um requisito para o financiamento pelo Ministério da Saúde (Rodrigues, Ramires, 2008).

Todavia, para embasar o trabalho em saúde considerando-se a determinação social do processo saúde-doença, seriam necessárias outras fontes de informação, não só advindas da agregação dos dados de famílias do SIAB, mas principalmente geradas por instrumentos que captem a existência de características das coletividades, tanto relativas à interação humana, como as redes

sociais, os valores e a formas de organização que contextualizam as condições de vida no espaço geográfico, uma vez que este é algo vivo, dinâmico, relacional, no qual a vida acontece (Pereira, Barcellos, 2006).

Imersos nessas e tantas outras contradições, os ACS são considerados pelas políticas atualmente em vigor como trabalhadores de vital importância para promover a ligação entre a população e os serviços de saúde. Essa importância, entretanto,

Não encontra correspondência nos processos de qualificação simplificada a que têm acesso, nem nas relações de trabalho a que são submetidos, caracterizadas pela precariedade do vínculo com o poder público, por baixos salários, pela frequente intensificação da jornada de trabalho e pela possibilidade de adquirirem toda a sorte de patologias, dada a natureza física e psicologicamente estressante das atividades que desenvolvem (Durão, Morosini, Carvalho, 2011, p. 120).

Morosini (2009) questiona a formação desses trabalhadores, sob a responsabilidade exclusiva da enfermeira supervisora no caso do PACS, ou da equipe de saúde da família, no caso do PSF. Para a autora, prevaleceu uma situação de capacitação em serviço nas mais variadas condições, dependendo da disposição, disponibilidade e da preparação principalmente dos enfermeiros para o ensino. Salienta que:

Em relação ao conteúdo da capacitação do ACS, a orientação de aproximá-lo dos problemas identificados no território implica um risco importante de redução e instrumentalização da formação deste trabalhador, caracterizando-a como uma preparação para a execução de atividades que buscam resolver certos problemas. Além disso, esses conteúdos acabam variando em função dos problemas locais, dificultando a definição de uma base comum de conhecimento e prática, que possa ser socializada entre todos os trabalhadores ACS. Esses elementos reunidos caracterizaram a formação predominante dos ACS, como uma qualificação então classificada como de nível básico da educação profissional, portanto, não regulamentada, sem pré-requisitos e que não confere habilitação (Morosini, 2009, p. 31).

A base legal para a profissão de ACS foi estabelecida em 1997, com a publicação da Portaria nº 1886, a qual aprovou as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família (Brasil, 1997). Com relação à capacitação dos ACS:

[...] 8.7 A Capacitação do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde. [...]

[...] 8.9 O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território (Brasil, 1997, p. 11).

Durante 11 anos, os critérios de seleção dos ACS foram: saber ler e escrever, ter espírito de liderança e solidariedade, idade mínima de 18 anos e disponibilidade de trabalho em tempo integral.

Esses critérios denotam a compreensão hegemônica, até então, de que o trabalho a ser realizado pelo ACS não exige pré-requisitos no que diz respeito à escolaridade, a não ser quanto às habilidades de ler e escrever, não estabelece pré-condições no que diz respeito à formação profissional, mas exige muito em relação à disponibilidade e aos atributos ético-políticos para o desempenho do seu trabalho (Morosini, 2009, p. 30).

Em 10 de julho de 2002 o governo federal promulgou a Lei 10.507, que criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Segundo a Lei, no artigo 30, o ACS deve residir na área da comunidade em que atuar, ter finalizado com aproveitamento curso de qualificação básica e haver concluído o ensino fundamental (Brasil, 2002b).

A Lei de Diretrizes e Bases (LDB), nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Brasil, 1996), estabeleceu as bases nacionais da educação e a Resolução nº 4 do Conselho de Educação, de dezembro de 1999 (Brasil, 1999), instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico para 20

áreas, dentre elas a da saúde, com previsão de cursos de formação com carga horária mínima de 1.200 horas.

Essa Resolução definiu competências gerais a serem alcançadas pelos técnicos de saúde em geral, permitindo complementação de currículo pelas escolas formadoras. Assim, para acompanhar as reformulações no setor da educação e para provocar impacto sobre a realidade, o MS definiu as estratégias para formação dos ACS.

No contexto da Saúde, os reflexos da LDB fizeram sentir-se no Ministério da Saúde anos mais tarde, em 2003, quando aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde, apresentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com o propósito de capacitar os trabalhadores da saúde (Brasil, 2004a).

Um ano após, em 2004, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004b). A Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a implementação dessa política, de modo a adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, que definiu a política de recursos humanos para o SUS, tendo como eixo estruturante a valorização do trabalho e dos trabalhadores (Brasil, 2007b).

No que concerne à formação profissional dos ACS, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) teve um papel fundamental. As principais iniciativas foram: a consulta pública para a definição do perfil de competências do ACS e a construção do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde; publicado em 2004, e que lançou as bases nacionais para a realização da qualificação técnica dos ACS.

O Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde foi publicado conjuntamente pelo Ministério

da Educação e Ministério da Saúde (Brasil, 2004c), sendo seu objetivo:

[...] preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades, estruturados com uma carga horária mínima de 1.200 horas, distribuídas em três etapas formativas (Brasil, 2004c, p. 16).

As três etapas formativas foram distribuídas da seguinte forma: Etapa I – 400 horas, que permite o acesso a todos os ACS inseridos no SUS, independentemente da escolarização, com o objetivo de desenvolver o perfil social do técnico ACS e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS; Etapa II – 600 horas, destinada aos concluintes da etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental e voltada à promoção da saúde e à prevenção de doenças, dirigida a indivíduos e grupos específicos e às doenças prevalentes; Etapa III – 200 horas, direcionada aos concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio, cuja finalidade é consolidar os temas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (Brasil, 2004c).

Essas etapas de formação, por sua vez, foram divididas em cinco eixos de competências que compõem o atual perfil do ACS. Assim, cada competência expressa uma dimensão da realidade do trabalho do ACS e representa um eixo estruturante de sua prática. O DEGES definiu um conjunto de competências próprios do ACS, assim descritas:

✓ **integração da equipe de saúde com a população adstrita:** espera-se que o ACS seja capaz de desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita, considerando as características e as finalidades do trabalho com indivíduos e grupos sociais;

✓ **planejamento e avaliação das ações de saúde:** espera-se que o ACS seja capaz de realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito da adstrição da Unidade de Saúde;

✓ **promoção da saúde:** aspira-se que o ACS desenvolva em equipe ações de promoção da saúde, visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor saúde;

✓ **prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário:** almeja-se que desenvolva ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário à população, conforme plano de ação da equipe e;

✓ **prevenção e monitoramento a grupos e morbidades específicos:** deseja-se que o ACS desenvolva ações de prevenção e monitoramento a grupos específicos e doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe e nos protocolos de saúde pública (Brasil, 2004c).

A partir da articulação de cinco competências que compõem o perfil profissional do ACS, foram selecionados três âmbitos de atuação: a) da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações; b) da promoção da saúde e prevenção das doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e as doenças prevalentes; e c) da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (Brasil, 2004c).

Uma análise das competências propostas para o trabalho do ACS, revela a preponderância da promoção da saúde em todos seus campos de atuação, evidenciando a complexidade do trabalho a ser realizado, que envolve principalmente estratégias de fortalecimento da cidadania (participação social) e ações intersetoriais.

A participação na saúde é um princípio do SUS, assegurado por meio de legislação infraconstitucional, que são as Leis Orgânicas de Saúde de 1990, nº 8.080 (Brasil, 1990a) e nº 8.142 (Brasil 1990b), esta, especificamente, estabeleceu a participação da comunidade no SUS, por meio da criação de Conselhos e conferências de Saúde.

Os Conselhos e Conferências foram os mecanismos de participação institucionalizados para serem espaços de participação e controle social na perspectiva de ampliação da democracia. Entretanto, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Certamente, a instrumentalização adequada dos sujeitos sociais para o desenvolvimento da democracia e participação, é um dos fatores decisivos para a efetivação do controle social (Correia, 2003).

Vários autores identificam fragilidades relativas ao empoderamento social e das coletividades. No município de Campo Grande (MS), por exemplo, uma pesquisa cujo objetivo foi analisar alguns dispositivos legais de saúde pública e sua relação com o Movimento Cidades Saudáveis, evidenciou que, dos 16 conselheiros municipais de saúde entrevistados, apenas um tinha conhecimentos sobre o Movimento Cidades Saudáveis e suas implicações, contatando-se a dificuldade na mobilização em defesa da qualidade de vida e promoção do desenvolvimento local na cidade (Gonçalves, 2003).

Segundo o referencial de competências propostas pelo Ministério da Saúde, no contexto de fortalecimento da cidadania, o ACS deve desenvolver várias habilidades a fim de potencializar a participação da população na resolução de problemas comuns. Para tanto, deve organizar grupos de discussão, utilizar recursos de informação e comunicação adequados à realidade local, implementar processos de reflexão acerca das condições de saúde/doença dos indivíduos, grupos sociais e coletividades, realizar

atividades educativas, participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais, além de mobilizar também a população para participar desses espaços sociais de construção da cidadania.

O ACS é, portanto, o integrante da equipe multiprofissional que mais estabelece interações com os usuários do sistema de saúde, não apenas por seu papel na ESF, mas, sobretudo, porque convive com a realidade local e partilha o mesmo contexto social, cultural e linguístico, o que abre a possibilidade de um diálogo rico e profundo com a coletividade, cujo fortalecimento dá-se no processo de reconhecimento dos fatores que afetam essa realidade, bem como da capacidade de ter acesso ao poder para transformá-la.

O apoderamento de uma comunidade não se dá de forma espontânea, mas pressupõe a percepção por parte de seus membros das formas de como esse poder se realiza e se dissemina na sociedade. A não percepção das formas de realização do poder é percebida pela comunidade como ausência de poder. O processo de apoderamento requer o desenvolvimento de uma mobilização social que promova a participação das pessoas, das organizações e das comunidades nas decisões. Esse processo deve partir da percepção da capacidade que a população tem de transformar a informação ou o conhecimento, o que pressupõe então uma relação educativa, troca de conhecimentos entre profissionais e população, gerando a produção de novos conhecimentos (Martins Jr, 2003, p. 29).

[...] o reconhecimento da falta de poder e o conhecimento dos mecanismos de poder existentes não são suficientes, pela forma como a sociedade se encontra organizada. Existe uma impermeabilidade nas estruturas de poder, que para ser rompida, requer a capacidade de aglutinação: um processo de apoderamento coletivo que extrapola o apoderamento individual e que é conseguido a partir da capacidade de aglutinar pessoas ou grupos que comungam com uma mesma visão de mundo, as mesmas aspirações, interesses e motivações (Martins Jr, 2003, p. 29).

Diante à necessidade de ruptura com o modelo assistencial hegemônico e de mudança nas relações de poder, e considerando as peculiaridades do ACS como um mediador entre os serviços de saúde e a coletividade, cabe questionar quais seriam as condições

necessárias para exercer a capacidade técnica de mobilização das pessoas, uma das estratégias fundamentais da promoção da saúde.

É necessária a adoção de uma concepção de educação que instrumentalize os grupos e classes sociais a compreender as raízes da desigualdade na produção da saúde-doença, como a Educação Popular, cujo propósito é criar espaços coletivos, nos quais há valorização do diálogo e troca entre saberes populares e técnicos, e as pessoas são acolhidas e incorporadas ao processo de construção de conhecimentos e práticas.

Um referencial teórico bastante expressivo que se aproxima dessa prática pedagógica, a qual se baseia no diálogo crítico para a transformação da sociedade, é a obra e pensamento de Paulo Freire. Considerado o maior expoente de um movimento social de intelectuais humanistas na América Latina, desde a segunda metade do século XX, dedicou-se a construir um saber visando repensar os desafios da prática social (Vasconcelos, 2004).

Na obra *Conscientização: teoria e prática da libertação*, Paulo Freire (1980) apresenta seis ideias relevantes para o método educacional. A primeira é que toda ação educativa deve ser precedida de uma reflexão sobre o ser humano e de uma análise de seu modo de vida, para que se possa atuar considerando-o um sujeito ativo no processo de educação e não apenas um objeto. A educação libertadora considera o contexto social, econômico, político e cultural onde o educando está inserido.

A segunda refere-se ao fato de que o ser humano é sujeito do processo de ensino e aprendizagem ao refletir sobre sua realidade, sua situação, seu ambiente espaço-temporal. E quanto mais refletir sobre essa realidade, mais estará consciente, comprometido e pronto a intervir para modificá-la. Assim, a educação desenvolve a tomada de consciência e atitude crítica da pessoa, libertando-a em vez de domesticá-la (Freire, 1980).

A terceira afirma que o ser humano constrói-se como homem na medida em que se integra ao seu contexto, reflete sobre ele e compromete-se, construindo a si mesmo. Por meio das relações de enfrentamento e choque que estabelece com a realidade, o ser humano enfrenta um desafio cuja resposta exige reflexão, crítica, invenção, decisão, organização, ação, mudando não somente a realidade, mas a si mesmo, realizando-se como sujeito e não como objeto (Freire, 1980).

A quarta ideia-força diz que o ser humano integrando-se às condições de seu contexto de vida e refletindo sobre elas, respondendo assim aos desafios que se apresentam, cria cultura. Para Freire (1980) cultura é todo o resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do ser humano, de seu trabalho por transformar e estabelecer relações de diálogo com seus semelhantes.

A quinta refere-se ao fato de que o ser humano, além de ser criador de cultura, é também fazedor de história, a história do povo, não aquela contada pelos governantes e exércitos, a sua história. Para isso, é necessário que esteja integrado aos temas de seu tempo, os quais retratam aspirações e necessidades de cada época. Sanadas essas aspirações, os temas modificam-se (Freire, 1980).

Na sexta e última, o educador afirma que é preciso que a educação permita ao ser humano chegar a ser sujeito, constituir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer relações de reciprocidade com os outros, fazer cultura e história. Para tanto, é importante prepará-lo por meio de uma educação autêntica que o liberte e não o domestique ou subjugue (Freire, 1980).

A Educação Popular em Saúde pode constituir-se em poderosa ferramenta de trabalho do agente comunitário de saúde, com vistas à construção da cidadania. Entretanto, esse fazer, considerado revolucionário, quando se oportuniza ao profissional um exercício de reflexão constante sobre seu fazer cotidiano, para que

se tornem conscientemente sujeitos e criadores de situações de ensino e aprendizagem. Desse modo, para que outros se tornem sujeitos, é necessário pensar a natureza do trabalho e a intencionalidade das práticas de saúde.

[...] há uma necessidade emergente de estimular-se a criação de espaços de escuta e de reflexão sobre o cotidiano dos trabalhadores da saúde, pois de nada adianta a realização de cursos e encontros de qualificação se não forem reservados espaços para olhar, escutar, refletir e reconstruir uma nova forma de trabalhar, na qual os conteúdos teóricos possam subsidiar a prática diária. Articular a teoria com a prática é a melhor forma de criar condições para que habilidades e atitudes sejam discutidas e modificadas com vistas à qualificação do processo de trabalho (Alves, 2004, p. 42).

A Educação Permanente em Saúde advém do ideário freireano. Considera que o processo de trabalho é gerador de aprendizado significativo, mediante a reflexão crítica sobre as práticas cotidianas dos serviços de saúde. É, portanto, a problematização do cotidiano que possibilita evidenciar a necessidade de desconstrução do modelo hegemônico em saúde e a construção de novas estratégias para se produzir saúde. Esse processo de mudanças é complexo, permeado por incertezas e conflitos, pois ocorre em meio à fragmentação do cuidado e da supremacia de saberes específicos que se buscam impor sobre os demais saberes, muitas vezes os anulando (Roschke, 2006).

A Portaria nº 198 GM/MS, base legal da educação permanente em saúde, refere que: “a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (Alves, 2004, p. 42). Propõe que o conhecimento seja construído a partir das experiências dos trabalhadores e da realidade local, contribuindo para superar a perspectiva biológica e para a manifestação das capacidades dos trabalhadores (Brasil, 2004b).

A problematização coletiva dos processos de trabalho permite identificar os problemas e as necessidades de saúde. Problematizar a realidade é fundamental para despertar o desejo de mudança, pois faz emergir no sujeito a sensação de incômodo, a percepção de que sua prática não está sendo suficiente para dar conta dos desafios de seu trabalho, apesar da incerteza do caminho a ser trilhado. O incômodo só pode ser despertado quando percebido, vivido de forma intensa. A vivência e a reflexão sobre as práticas de trabalho são os caminhos ideais à produção de insatisfação e disposição, para que então, seja possível elaborar alternativas no enfrentamento dos desafios (Merhy, Feuerwerker, Ceccin, 2006).

Sintetizando a reflexão sobre a Educação Popular e sua interface com a Educação Permanente, pode-se afirmar que não se restringe apenas ao espaço social percorrido pelo ACS, nas interações cotidianas com a coletividade, mas deve permear de forma contínua o processo de trabalho da equipe multiprofissional, porque muito mais que um lugar, a educação popular objetiva a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A intersetorialidade, também estratégia fundamental da promoção da saúde, é outra habilidade a ser desenvolvida pelo ACS. Segundo os documentos do Ministério da Saúde, o ACS deve propor e implementar ações intersetoriais e estabelecer articulação com equipamentos sociais. Esse tema ganhou relevância após a formulação do conceito ampliado de saúde, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e sua inscrição na Constituição Federal Brasileira de 1988 (Brasil, 1988), que relaciona saúde à qualidade de vida, reconhecendo as determinações políticas, econômicas e sociais dos processos saúde-doença.

A concepção abrangente de saúde presente na Constituição de 1988 foi um importante passo para a mudança do modelo

assistencial e tradução das necessidades de saúde da população brasileira, porque se propõe construir um modelo de atenção integral à saúde, orientado por princípios doutrinários jurídico-legais, voltados aos direitos humanos. A ampliação no modo de compreender o processo saúde-adoecimento transforma a perspectiva das práticas de saúde, visando atender as necessidades sociais e que extrapolam o próprio setor saúde. Para operacionalizar um conceito de saúde tão complexo, baseado no paradigma da determinação social da saúde, o grande desafio é a atuação intersectorial (Campos, Mishima, 2005).

A intersectorialidade deve ser entendida como um processo articulado e integrado de formulação e implementação de políticas públicas. Pressupõe a integração de estruturas, recursos e processos organizacionais e caracteriza-se pela corresponsabilidade dos diferentes setores governamentais, que se relacionam entre si, não governamentais e da sociedade civil, no sentido do desenvolvimento humano e da qualidade de vida. Isso significa que o setor público deve estar preparado para realizar, com esse conjunto, o diagnóstico de problemas, a identificação de vocações e oportunidades e a definição de prioridades (Fernandes, Mendes, 2007, p. 37).

A intersectorialidade é um dos princípios organizativos da ESF, tendo em vista a complexidade dos problemas de saúde a serem enfrentados, implicando a participação de outros setores para a resolução dos problemas. “*A intersectorialidade tem no campo do fazer significação semelhante à interdisciplinaridade na construção do saber*” (Mendes, 1996, p. 252). Pressupõe uma nova forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas, cujo objetivo é produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

A busca de qualidade de vida da população, portanto, deve envolver o governo como um todo, por meio de políticas integradas que permitam a colaboração e atuação de diferentes sujeitos sobre as condições sociais consideradas críticas. Isso demanda a relação e inter-relação da saúde com a educação, a habitação, o saneamento, o transporte e o lazer, entre outros.

Quando o poder público decide mudar as formas organizativas da gestão e adota modalidades gerenciais inovadoras, visando à democratização de políticas institucionais, concretiza-se o apoio necessário ao setor de saúde, e as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde terão uma possibilidade maior de influenciar os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Participação social e intersetorialidade são, portanto, as duas estratégias fundamentais da promoção da saúde as quais devem ser operacionalizadas para contemplar o conceito ampliado de saúde. O trabalho do ACS deve ser pensado com base em tal compreensão e a partir dos desafios que se apresentam ao setor saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

✓ Identificar possibilidades e limites no trabalho dos ACS para a realização de ações de promoção da saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Descrever o perfil sociodemográfico e profissional dos ACS;

✓ Identificar as práticas por eles realizadas com relação à educação em saúde, mobilização social e intersetorialidade;

✓ Identificar conceitos de saúde e necessidades em saúde dos ACS e dos gerentes responsáveis pelas UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família).

✓ Analisar a percepção dos ACS em relação a seu preparo profissional para realizar ações de promoção da saúde;

✓ Caracterizar a contribuição do trabalho em equipe para a realização de ações de promoção da saúde por ACS;

✓ Analisar a percepção dos gerentes das UBSF e do Coordenador Municipal da ESF com relação à contribuição dos ACS para o trabalho em saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Tendo em vista o objeto e os objetivos do estudo, optou-se por desenvolver uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa e de caráter compreensivo-interpretativo.

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares que vêm atender a vida humana. Segundo a tradição compreensiva das Ciências Sociais, preocupa-se com a apreensão da realidade que não pode ser quantificada. Incorpora o universo dos significados e da intencionalidade inerentes a motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos sociais (Minayo, Deslandes, Gomes, 2007).

Parte do ponto de vista dos sujeitos sociais, mas não se limita a eles, abrangendo as relações que os perpassam e determinam. As experiências individuais são experiências sociais que emergem da interação entre indivíduos e destes, com os sistemas sociais em que estão inseridos. Tanto a objetividade dos fenômenos sociais como a subjetividade de significados, atitudes, crenças e valores são interdependentes, pois ação e significado interagem. Dessa forma, a pesquisa qualitativa tem como uma de suas bases os relatos orais, concebidos não apenas como relatos que recorrem à experiência individual, mas como discursos que estão inseridos em redes de relações.

Para a interpretação da realidade, elegeu-se a hermenêutica dialética, ferramenta necessária na produção da racionalidade. A hermenêutica busca a compreensão do texto, a unidade de sentido, considerando-se as condições da vida cotidiana, o pertencimento dos sujeitos ao grupo e a própria importância do contexto; enquanto

que a dialética procura compreender as contradições, as diferenças, os contrastes, o dissenso e a ruptura de sentido no contexto de sujeitos e grupos sociais.

Do ponto de vista metodológico, a abordagem hermenêutica desenvolve-se nos seguintes parâmetros: busca diferenças e semelhanças entre o contexto dos autores e o contexto do investigador; explora as definições de situação do ator, supondo o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos, com o mundo da vida do investigador; busca entender os fatos, os relatos e observações, apoiando-se na reflexão sobre o contexto histórico; julga e toma decisão acerca do que ouve, observa e compartilha; e produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados (Minayo, 2010).

Já a dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia, busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica sobre eles. O pensamento dialético precisa criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem, compreender que a análise dos significados deve ser colocada no chão das práticas sociais, valorizar os processos na dinâmica das contradições, no interior das quais a própria oposição entre o avaliador e avaliado se colocam; e ressaltar o condicionamento histórico das falas, relações e ações (Minayo, 2010).

Adotar a hermenêutica dialética como um caminho de pensamento reafirma que os resultados encontrados por ocasião da pesquisa, não constituem um ponto de chegada definitivo e intransponível, mas um ponto de chegada que se assume como ponto de partida para novos olhares investigativos.

4.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Campo Grande está localizado na porção central do Estado de Mato Grosso do Sul, cuja área física é de 8.092,951 km², o que corresponde a 2,26% do território estadual. Tem como municípios limítrofes: Jaraguari e Rochedo ao norte; Nova Alvorada do Sul ao sul; Ribas do Rio Pardo a leste e Sidrolândia e Terenos a oeste (Campo Grande, 2013).

Campo Grande é capital do Estado desde 1979, década em que ocorreu a divisão do estado de Mato Grosso. O fator determinante para a divisão, segundo Gonçalves (2010), foi a política adotada pela ditadura militar que, com base nos estudos da escola Superior de Guerra, considerava que a divisão territorial impulsionaria o capitalismo no Brasil. Assim, em 11 de outubro de 1977, o Presidente Ernesto Geisel assinou a Lei Complementar nº 31, que criou o estado de Mato Grosso do Sul e a cidade de Campo Grande posteriormente foi elevada a capital do Estado. A partir de então, em virtude de uma nova agenda política, o município passou por um crescimento acelerado. Bairros proliferaram e o desenho urbano alterou-se, espalhando a cidade para todos os lados, alternando adensamentos urbanos com espaços vazios e dificultando o acesso entre os bairros (Campo Grande, 2009).

Em decorrência desse problema, a cidade vem expandindo e implementando sua rede de infraestrutura de serviços públicos e privados, de forma a acompanhar a expansão urbana e o crescimento populacional. Possui uma malha viária de 372.114 m, cujas vias foram planejadas em traçados ortogonais, possibilitando que os acessos aos bairros coincidam com as saídas da cidade e estructurem-se de forma radial, convergindo para o centro (Campo Grande, 2014).

Para melhor ordenar o uso da ocupação do solo, a área urbana do município foi dividida em sete regiões (Imbirussu, Lagoa,

Prosa, Bandeira, Segredo, Anhanduizinho e centro), por meio da Lei Complementar nº 74 de 6 de setembro de 2005.

Atualmente, o sistema de abastecimento de água é realizado por empresa privada (Águas Guariroba) e atinge mais de 98% da população, sendo que a captação da água é dividida entre mananciais de superfície e aquíferos subterrâneos.

A rede coletora de esgoto está em expansão e cobre 45,25% da população, o que coloca Campo Grande na 33ª posição em serviço de saneamento básico entre cem cidades pesquisadas em todo Brasil, incluindo as capitais. O município aparece atrás de cidades como Brasília (DF), Curitiba (PR), Belo Horizonte (MG), São Paulo (SP) e Goiânia (GO), mas à frente do Rio de Janeiro (RJ), Fortaleza, Florianópolis (SC), Porto Alegre (RS), Cuiabá (MT) e Maceió (AL). As dez primeiras posições são ocupadas por cidades do litoral e do interior de Estados como São Paulo, Paraná, Minas Gerais e Rio de Janeiro (Instituto Trata Brasil, 2012).

A limpeza pública da área urbana do município está dividida em três serviços: varrição, manutenção com roçada e coleta de lixo domiciliar, este, atende 98% da área urbana e é realizado de acordo com um roteiro otimizado que subdivide a cidade em 82 setores, que possuem frequências de atendimento distintas de acordo com as regiões da cidade. A prefeitura também possui o programa “Reciclar é vida”, de coleta seletiva implantado em julho de 2011, que atende a 11 bairros da capital, além de contar com 75 locais para entrega voluntária de resíduos reciclados (Campo Grande, 2012a).

O serviço de energia elétrica encontra-se incorporado ao “Sistema Interligado Sul/Sudeste/Centro-oeste” e beneficia mais de 90% da população. Na área de comunicação, o município é servido por sete emissoras de rádio AM e nove FM, cinco canais de televisão, nove jornais diários e dez semanários, cinco revistas mensais e dezenove sites de notícias, conta ainda com 42 agências e postos de serviço de Correio.

Com relação ao ensino, conta com 81 escolas na área urbana e oito na área rural. O ensino superior é ministrado por oito instituições de ensino, sendo uma federal, uma estadual e seis privadas, as quais disponibilizam 220 cursos. No ano de 2010, a taxa de alfabetização revelou que 95% da população campo-grandense é alfabetizada, não havendo uma variação considerável entre sexo. Os menores percentuais de população alfabetizada encontram-se nos bairros em que há maior índice de exclusão social e correspondem aos bairros Los Angeles (90,2%), Lageado (90,5%) e Noroeste (90,8%) (Sauer, Campelo, Capillé, 2012; Campo Grande, 2013).

Em 2013, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi calculado com base nos dados do censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Campo Grande teve a melhor colocação do Estado em relação ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), divulgado em 2003, saltou da 509ª posição entre as cidades brasileiras para a 100ª neste ano na posição do ranking entre as cidades brasileiras, classificada com alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 0,784 9 (Campo Grande, 2013).

No componente educação, apresentou um IDH de 0,724, considerado elevado. Na dimensão renda o IDH do município assumiu o valor de 0,790 e na dimensão longevidade o índice foi de 0,844 (Campo Grande, 2013).

A economia do município está estruturada em: setor primário, que compreende o agronegócio e as cadeias produtivas de carne, leite, peixe, fruticultura, horticultura, ovinocultura, apicultura, silvicultura e outros; o setor secundário, que engloba as micro e pequenas empresas, recebem incentivos municipais, como as incubadoras, as empresas de pequeno, médio e grande porte, instaladas no Núcleo Industrial e nos Polos Empresariais; e o setor terciário, que compreende o comércio de atacado e varejo, serviços

e bancos. Vale salientar que o setor terciário emprega a maior parte dos trabalhadores do município e gera maior arrecadação de ICMS por atividade econômica (Campo Grande, 2012b).

Nas últimas décadas, Campo Grande passou por um importante crescimento populacional, multiplicou-se por aproximadamente 5,5 vezes entre 1970 e 2010. Segundo o último censo demográfico, a população campo-grandense atingiu um total de 786.797 pessoas em 2010 (IBGE, 2010). Observa-se um alto grau de urbanização da capital, que concentra 32% da população do Estado de Mato Grosso do Sul, com densidade demográfica de 97,22 habitantes/km². O último dado com relação à distribuição da população residente, por sexo e faixa etária é apresentado a seguir (figura 1).

Figura 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Campo Grande - MS, 2010.

Fonte: IBGE (2010).

A pirâmide populacional segue a tendência nacional, com estreitamento da base, das faixas etárias de 0 a 19 anos e aumento na faixa etária de 50 a 80 anos, ou seja, tendência de decréscimo da

população jovem e o aumento de sobrevida com o envelhecimento da população. O índice de envelhecimento que era de 16,9% no ano de 2000 atingiu 29,6% em 2010 (Campo Grande, 2013).

O Censo Demográfico de 2010 mostrou ainda que o bairro do centro da cidade apresenta a maior proporção (18%) de idosos com 65 anos ou mais, o que coloca a cidade na 6ª posição entre as capitais brasileiras. A primeira posição é do bairro Moinhos de Vento (Porto Alegre) com 26,9%, seguida por Cidade Jardim (Belo Horizonte) com 24,5%, Copacabana (Rio de Janeiro) com 23,2%, Jardim Social (Curitiba) com 18,6% e São José (Aracajú) com 18,2% (IBGE, 2010).

Em 1991 Campo Grande registrou um Índice de Desenvolvimento Humano médio de 0,770, que passou a 0,814 em 2000, a 11ª posição no ranking entre as capitais brasileiras (Campo Grande, 2009).

No âmbito da saúde, o município é gestor pleno desde 1996, ou seja, gerencia todas suas unidades próprias e as credenciadas pelo SUS. Em agosto de 1989 foi firmado o convênio nº 26/89 entre a Secretaria Estadual de Saúde de MS e a Prefeitura Municipal de Campo Grande, visando à implantação do SUS na Capital, por meio da transferência de unidades de abrangência local. Estabeleciam-se assim, os mecanismos iniciais de implantação do SUS, com o regime de cogestão no município, o repasse financeiro e a cessão de bens móveis e imóveis (Campo Grande, 2012b).

Com o objetivo de organizar a rede de cuidado do sistema municipal de saúde e garantir a qualidade e o acesso da população aos serviços da Atenção Básica, de média e alta complexidade, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha de forma regionalizada, tendo sua área territorial dividida em quatro regionais, denominadas de Distritos Sanitários, a saber: Distrito Sanitário Leste, Oeste, Norte e Sul. Cada distrito possui sua sede gerencial e é responsável pela vigilância e pelo acompanhamento do desempenho da atenção à

saúde das unidades da rede própria, em sua área de abrangência (Campo Grande, 2009).

A rede física da Secretaria Municipal de Saúde é composta por 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais atuam no modelo tradicional, 35 Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF), distribuída nos quatro distritos sanitários, sendo duas localizadas em Zona Rural. O município conta ainda com dez Centros de Referência, sete Policlínicas Odontológicas e três Odontomóveis. Na Atenção às Urgências, conta com seis Centros Regionais em atendimento 24hs, e três Unidades de Pronto Atendimento e o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel à Urgência) (Campo Grande, 2013).

As unidades especializadas compreendem: um Centro de Especialidades Municipal (CEM); um Centro Ortopédico (CENORT); um Centro de Atendimento à Mulher (CEAM); um Centro de Referência à Saúde do Homem (CRSH); um Centro de Especialidades Infantil (CEI); um Centro de Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP/SAE/HD); uma Unidade Especializada de Reabilitação e Diagnóstico (UERD); seis CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); um Centro de Atenção Psicossocial pós Trauma (CAPPT); dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO III e CEO II) e ambulatórios especializados (angiologia, oftalmologia, cardiologia, otorrinolaringologia, neurologia, dermatologia, urologia, gastroenterologia, endocrinologia, reumatologia, proctologia, nefrologia pediátrica, pneumologia, homeopatia, acupuntura, cirurgias plásticas, geriatrias e pequenas cirurgias). A rede hospitalar própria conta apenas com o Hospital da Mulher. Os serviços estão organizados de forma regionalizada e por nível de complexidade, além de serem informatizados e interligados (Campo Grande, 2013).

Para efetivar o controle social em Campo Grande, a prefeitura implantou a Coordenadoria de Apoio aos Órgãos Colegiados (CAOC), que atua junto aos Conselhos Municipais,

subsidiando-os no desempenho de suas funções. Na área da saúde estão ativos, além do Conselho Municipal de Saúde, quatro Conselhos Distritais com 72 conselheiros e 67 Conselhos Locais, tendo 672 conselheiros entre titulares e suplentes (Campo Grande, 2013).

Com relação à mortalidade, as doenças cardiovasculares são as principais causas de óbitos. Representam 29,65%, que, somados a 19,58% dos óbitos por neoplasias e 11,78% por causas externas, totalizam 61,01% do total de óbitos. Este fato evidencia a necessidade de ações de promoção em saúde e de prevenção (Campo Grande, 2013).

Conforme a Secretaria de Estado de Saúde de MS (SES, 2013) em Mato Grosso do Sul, a ESF foi implantada em 1998, inicialmente com apenas oito equipes em sete municípios, totalizando 27.600 pessoas atendidas. Até agosto de 2011, todos os 78 municípios do Estado já estavam com a ESF implantada. Atualmente, a ESF alcançou no Estado uma cobertura populacional de aproximadamente 60%, o que corresponde a 1.457.238 pessoas assistidas por 453 equipes.

O município implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1998 e em 2012 a cobertura desse programa alcançou 90,84%. A ESF foi implantada em 1999, e até 2013 existiam 86 equipes, o que representa uma cobertura 35,19% (Campo Grande, 2013).

Atualmente, PACS e ESF estão subordinados ao Serviço de Gestão da Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (SESFACS), setor localizado na Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) (figura 2). Dentre suas competências, o serviço é responsável pela viabilização e realização de cursos de atualização, especialização e curso introdutório para a ESF e para a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, fornece equipamentos de proteção individual aos ACS e avalia mensalmente

a produção das equipes, promovendo discussões e intervenções locais quando necessário (Campo Grande, 2012b).

Figura 2: Mapa ilustrativo da Rede de Saúde Municipal – SESAU

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram do estudo os ACS que atuam em equipes da ESF dos quatro distritos sanitários. Por entender que o processo de trabalho é fruto das relações e das ações dos envolvidos em um determinado contexto, também foram sujeitos do estudo gerentes responsáveis pelas UBSF e o Coordenador Municipal da Estratégia Saúde da Família.

4.4 OS INSTRUMENTOS DE COLETA

Foram utilizados procedimentos metodológicos diversificados, com vistas a múltiplas abordagens da realidade social: o questionário, a entrevista semiestruturada, as oficinas pedagógicas e a análise documental. Além dessas técnicas, foi utilizado um caderno de campo no qual se registrou as condições dos contatos com os entrevistados, as impressões após a realização das entrevistas e as oficinas desenvolvidas, além de informações sobre os serviços e possíveis imprevistos.

4.5 OS PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para atender os requisitos éticos, primeiramente foi enviado ao Secretário Municipal de Saúde um pedido de autorização para realização do estudo (Apêndice A). Em observância à Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e inserido na Plataforma Brasil. Foi aprovado nas duas instâncias, respectivamente em 20 de agosto de 2013 e 23 de setembro de 2013 (Anexos 1 e 2).

4.6 AS FASES DA PESQUISA

A primeira fase da pesquisa foi desenvolvida com objetivo de conhecer as UBSF, aplicar um questionário para levantar o perfil dos ACS e obter informações relativas às práticas de promoção da saúde.

Para tanto, inicialmente foi feita uma reunião em cada Distrito Sanitário em que, além do Diretor Distrital, foi possível

conhecer todos os gerentes das UBSF. Nessas ocasiões, além da apresentação inicial foi entregue aos gerentes uma cópia do documento emitido pela SESAU autorizando a pesquisa e uma carta convidando os ACS a participar da pesquisa (Apêndice B).

Na apresentação foram explanados os objetivos do estudo, buscando-se sensibilizar os gerentes sobre a importância da proposta de pesquisa, além de solicitar apoio para sua realização. No final do encontro definiu-se a construção conjunta de uma agenda de visitas às unidades de saúde, anotando-se a relação de telefones para contato.

Foram visitadas todas UBSF localizadas na região urbana do município entre os meses de setembro a novembro de 2013. Entretanto, nem sempre foi possível reunir os ACS nas datas e horários previstos devido a mudanças de programação das unidades, impossibilidade de reunir todos agentes num mesmo período ou também por esquecimento dos gerentes responsáveis. Em virtude desses fatos, houve retorno em vários locais por duas ou mais vezes. Afora contratempos, contou-se com espaço físico exclusivo em cada unidade, o que facilitou o processo de comunicação com os sujeitos do estudo. O contato pessoal da pesquisadora com os ACS contribuiu para evitar erros de preenchimento dos questionários e possíveis recusas dos agentes em participar do estudo.

As idas constantes ao cenário de estudo foram bastante positivas, pois permitiram adequações metodológicas e oportunizaram o conhecimento das áreas geográficas em que estão inseridas as UBSF. Por diversas vezes, ao concluir-se a aplicação dos questionários, ocorreu saídas de carro pelos arredores das UBSF, procurando conhecer as ruas, a distribuição espacial das moradias, dos equipamentos sociais e do comércio.

Além disso, foi possível observar a estrutura física das UBSF, os aspectos gerais da dinâmica de funcionamento dos

serviços, conhecer os enfermeiros das equipes e estreitar laços com os gerentes responsáveis.

O questionário, definido como um instrumento de coleta de dados é “constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do pesquisador” (Marconi, Lakatos, 2008, p. 203). Ainda assim, considerou-se pertinente conhecer os ACS e estabelecer com eles uma interação visando sensibilizá-los a participar das oficinas pedagógicas, momento posterior da pesquisa.

Antes da distribuição dos questionários, explicou-se o objetivo do estudo, solicitando a participação de todos, detalhando a forma de preenchimento do instrumento e esclarecendo-se as dúvidas, em seguida foram distribuídas duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). Para leitura e assinatura, os agentes ficaram sozinhos na sala, o pesquisador retornando após trinta minutos para recolher os questionários e uma via do TCLE, agradecendo a atenção dispensada e desejando um feliz regresso aos que seriam sorteados para as oficinas pedagógicas.

O questionário utilizado (Apêndice D) incluiu duas partes: a primeira relacionada à caracterização dos ACS, em que constavam variáveis demográficas (sexo, idade), socioeconômicas (escolaridade, renda familiar *per capita*, número de pessoas que vivem com a renda), condição e situação de trabalho (ocupação antes de ser ACS, vínculo empregatício, exercício e tipo de outra atividade profissional, tempo de moradia na comunidade, tempo de atuação como ACS e tempo de atuação na unidade de saúde). A segunda parte buscou levantar informações relativas às práticas de promoção (integração da equipe com a comunidade, mobilização social, educação em saúde e intersetorialidade). Para tanto, foi utilizada a escala de Likert com cinco alternativas, variando entre “sempre” e “nunca”.

Do total de 450 questionários respondidos, nove foram excluídos em razão de problemas de preenchimento, resultando em uma amostra final de 441 instrumentos (quadro 1).

Os dados foram organizados e processados em banco de dados elaborado por meio do programa MS Excel XP e conferidos mediante dupla digitação. Cabe salientar que para validação do questionário foi realizado pré-teste com dez agentes comunitários de saúde, sendo cinco com mais de três anos de atuação e cinco com menos de um ano, os quais não fizeram parte do estudo definitivo. A realização da pesquisa piloto objetivou verificar as dificuldades de entendimento das questões, e proceder a uma cronometragem para a verificação do tempo médio gasto para aplicação.

Quadro 1- Distribuição de ACS segundo Distritos Sanitários e UBSF visitadas na primeira fase da pesquisa. Campo Grande/MS, 2013.

Distritos Sanitários	Nº UBSF	Nº de ACS ausentes	Nº ACS que não aceitaram participar da pesquisa	Nº de questionários respondidos	Nº de ACS que aceitaram participar das oficinas
SUL	13	61	01	181	125
NORTE	10	33	01	121	74
LESTE	02	10	04	34	18
OESTE	08	40	03	114	85
TOTAL	33	144	09	450	302

Fonte: A pesquisadora (2014)

A análise do quadro mostra um grande número de ACS ausentes por ocasião das visitas realizadas às UBSF.

Segundo informações dos gerentes, a ausência em sua maioria deveu-se a problemas de saúde. Vários se encontravam afastados para tratamento ou de atestado médico. Outros motivos

incluíam a participação em cursos, provas do DETRAN e licenças maternidade.

A segunda fase da pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de realizar as oficinas pedagógicas e entrevistar gerentes e o Coordenador Municipal da ESF. Dos 302 ACS que manifestaram disposição de participar das oficinas pedagógicas, foram selecionados aqueles que atendiam aos seguintes critérios: mais de três anos de experiência na ESF e residir na área de abrangência das unidades há mais de cinco anos. Os questionários foram separados por DS e procedeu-se ao sorteio dos participantes. Foram enviados um ofício aos gerentes das Unidades solicitando a liberação dos sorteados (Apêndice E) e um convite aos ACS (Apêndice F) com o cronograma e o local em que seriam realizadas as oficinas, além de oferecer vale transporte para deslocamento.

4.6.1 As oficinas pedagógicas

As oficinas pedagógicas foram desenvolvidas no período de janeiro a março de 2014, nas salas de catequese da Igreja São José, localizada em área central do município, o que facilitou o deslocamento dos ACS provenientes dos quatro distritos sanitários. Foram realizadas seis oficinas pedagógicas com periodicidade quinzenal para não comprometer a rotina de trabalho dos ACS.

Vivenciou-se um grande desafio nesse momento do estudo porque era necessário coincidir um período em que não houvesse ACS gozando férias anuais, além da disponibilidade de espaço físico na igreja. Depois de acertado o período mais apropriado com o pároco responsável, definiu-se em comum acordo, os dias e horários com a coordenação do SESFACS, reservando-se as sextas-feiras no período vespertino.

Apesar desses cuidados, muitos foram os problemas para operacionalizar as oficinas pedagógicas, em virtude da instabilidade política no município. A cassação do prefeito municipal resultou em mudanças nos cargos de chefia, os gerentes distritais e das UBSF, especialmente do Distrito Oeste, deixaram de liberar os ACS. Também houve a suspensão do andamento da pesquisa pela esfera central, sendo necessário cancelar uma das oficinas e reatar contatos com os responsáveis pelas UBS e Coordenador Municipal da ESF.

Abaixo (quadro 2) está descrito o cronograma referente aos Distritos Sanitários de Saúde e a quantidade de ACS que participaram das oficinas pedagógicas:

Quadro 2- Número de ACS que participaram das oficinas pedagógicas segundo o cronograma e os Distritos Sanitários de Saúde. Campo Grande/MS, 2014.

Distritos Sanitários	7/01	1/01	*14/02	1/02	8/02	4/03	8/03
SUL	6	2	----	4	4	5	4
NORTE	4	5	----	3	3	2	3
LESTE	1	1	----	1	1	1	1
OESTE	2	2	----	3	2	4	3
TOTAL	13	10	----	11	10	12	11

* Cancelamento de oficina

Fonte: A pesquisadora (2014)

A oficina pedagógica é considerada um espaço de construção coletiva do conhecimento, análise da realidade, confrontação e troca de experiências. Permite vivenciar situações concretas e significativas, com base no tripé “sentir-pensar-agir”, trata-se de um excelente meio de construção de conhecimentos a

partir da ação, sem perder de vista a base teórica. Oportuniza a produção de conhecimentos a partir de interações grupais nas quais experiências e vivências são compartilhadas e todos se tornam sujeitos sociais de suas histórias e seus conhecimentos (Paviani, Fontana, 2009; Candau, 1995).

A preocupação dessa modalidade metodológica não reside apenas em construir produtos, mas principalmente abrir espaços para relações interacionais de sujeitos que não pretendem alcançar os objetivos “a qualquer custo” e sim interagir, dialogar, partilhar ideias, em busca da construção do conhecimento coletivo.

Nas oficinas realizadas foram utilizadas várias dinâmicas lúdico-pedagógicas, com objetivo de propiciar a interação, a cooperação, reflexão e o debate entre os participantes.

A ludicidade é uma necessidade do ser humano em qualquer idade e não pode ser vista apenas como diversão. O desenvolvimento do aspecto lúdico facilita a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural, colabora para uma boa saúde mental, prepara para um estado interior fértil, facilita os processos de socialização, comunicação, expressão e construção do conhecimento (Santos, 1997, p. 12).

A ludicidade faz parte da atividade humana e “propicia à pessoa que a vive, uma sensação de liberdade, um estado de plenitude e de entrega total para essa vivência” (Luchesi, 2004, p. 12). Pode ser concebida como o potencial inerente ao ser humano de estar entregue de forma integral ao momento presente, conectando e harmonizando pensamento, sentimento e ação. Propicia prazer no processo vivenciado, conseqüentemente, levando a resultados mais amplos e integrados. É uma ferramenta pedagógica apropriada para o trabalho em grupo, porque possibilita a expressão de opiniões e favorece o desenvolvimento da linguagem, estimula o relato de experiências, a discussão dos temas, promove a autoestima ao valorizar cada um como uma fonte de conhecimentos e experiências, contribuindo assim, para a construção da cidadania.

A opção pela oficina pedagógica não visou apenas a coleta de dados, mas proporcionar a reflexão dos participantes. As oficinas (quadro 3) exploraram a concepção dos ACS sobre saúde e promoção, os problemas que identificam nas áreas de abrangência pelas quais são responsáveis e as necessidades sociais relacionadas aos problemas identificados. Além disso, buscou-se contextualizar a perspectiva da promoção da saúde na realidade vivenciada pelos ACS em seu cotidiano de trabalho, refletir sobre sua formação profissional e condições de trabalho, estas, não estavam previstas na programação inicial, mas foi suscitada desde o primeiro encontro pelos ACS.

Quadro 3- Temas abordados nas oficinas pedagógicas com ACS. Campo Grande, 2014.

ENCONTROS	OBJETIVOS	QUESTÕES NORTEADORAS
1ª Oficina	Compreender a concepção de saúde dos ACS.	O que você entende por saúde? O que é necessário para ter saúde?
2ª Oficina	Identificar os principais problemas da comunidade na perspectiva dos ACS. Refletir sobre os principais problemas da comunidade que dependem de ações intersetoriais para sua resolução.	Quais são os problemas mais relevantes da sua comunidade? Que necessidades sociais estão relacionadas aos problemas identificados?
3ª Oficina	Refletir sobre a relação entre o processo de trabalho e problemas e necessidades sociais identificados. Identificar as possibilidades e os limites para a prática da intersetorialidade.	Qual é a contribuição da equipe de saúde para a resolução das necessidades sociais e os problemas de saúde? Que setores do município ou do bairro atuam de forma integrada para a resolução dessas necessidades? Que dificuldades vocês encontram para enfrentar os problemas identificados nas áreas de abrangência?

continua

4ª Oficina	1º momento: Refletir sobre o conceito de promoção. 2º momento: Refletir sobre a participação social e as práticas pedagógicas utilizadas na educação social e de saúde.	O que vocês entendem como promoção da saúde? Que tipo de ações podem ser consideradas promoção da saúde? Como vocês avaliam a participação da população da área de abrangência? De que forma vocês estimulam a participação popular? De que forma vocês realizam encontros educativos?
5ª Oficina	Refletir sobre a formação profissional do ACS e a promoção da saúde.	Que tipo de formação vocês tiveram para trabalhar? Que facilidades e dificuldades vocês sentem para realizar ações de promoção da saúde?
6ª Oficina	Refletir sobre as condições de trabalho do ACS.	Qual é a opinião de vocês sobre as condições de trabalho oferecidas pela SESAU aos ACS?

Fonte: A pesquisadora (2014)

Todas as oficinas foram planejadas pela pesquisadora e contaram com a participação de acadêmicos do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS. Sua construção seguiu cinco passos: o que fazer (sequência de atividades), por que fazer (objetivos), como fazer (metodologia), recursos necessários e responsáveis pelas atividades (Apêndice G).

4.6.2 As entrevistas semiestruturadas

A entrevista permite uma relação de interação entre quem pergunta e quem responde, sendo sua grande vantagem a captação imediata e corrente da informação, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos (Fontana, Frey, 1994).

Na entrevista semiestruturada, o pesquisador vale-se de um roteiro para guiar sua atuação, de forma a permitir a apreensão do fenômeno em suas diversas nuances, sem delimitá-lo. Não são apenas perguntas a serem respondidas, nem se destinam à condução da fala do entrevistado sobre o tema da pesquisa. Trata-se de propor questões preliminares para nortear o tema, sem, contudo, retirar sua flexibilidade.

[...] sob a forma de um roteiro preliminar de perguntas, que se molda à situação concreta de entrevista, já que o entrevistador tem liberdade de acrescentar novas perguntas a esse roteiro, com o objetivo de aprofundar e clarificar pontos que ele considere relevantes aos objetivos do estudo (Moura, Ferreira, Paine, 1998, p. 78).

Segundo Alberti (2005, p. 177) “a função do roteiro é auxiliar o entrevistador, no momento da entrevista, a localizar, no tempo, e a situar, com relação ao tema investigado, os assuntos tratados pelo entrevistado”.

Para realização das entrevistas com os gerentes responsáveis pelas UBSF e Coordenador Municipal da ESF, foi elaborado um roteiro de perguntas dividido em duas partes. A primeira com questões fechadas, para a identificação dos entrevistados, e a segunda com questões abertas que abordaram tópicos relacionados ao objeto de estudo (Apêndices H e I). Apesar da existência das questões, foi propiciada liberdade de expressão aos entrevistados, que puderam relatar seus pensamentos e experiências. Sempre que necessário, para uma maior apreensão da realidade a ser desvelada, questões adicionais foram feitas no decorrer da entrevista.

Houve preocupação com o ambiente, em que as entrevistas seriam realizadas tendo em vista a importância de privacidade e de ambiência acolhedora, para verbalização de aspectos objetivos e subjetivos em relação às percepções sobre os ACS e do processo

de trabalho desenvolvido pelos mesmos, na perspectiva da promoção da saúde.

Desse modo, as entrevistas foram previamente agendadas de acordo com a conveniência dos sujeitos da pesquisa e realizadas nas próprias unidades de saúde, geralmente após o término das atividades, em sala fechada, refrigerada e de forma individual. Nesses encontros, inicialmente eram apresentados os objetivos do estudo, lendo em seguida o TCLE que era repassado aos entrevistados em duas vias já assinadas pelo pesquisador. Uma vez assinado pelo entrevistado o TCLE, uma via era devolvida à pesquisadora, que em seguida iniciava a gravação dos depoimentos.

As entrevistas com os gerentes tiveram início no final de novembro de 2013 e terminaram em abril de 2014. Houve dificuldades para entrevistar a Coordenadora Municipal da ESF, devido à mudanças políticas e agenda de trabalho sobrecarregada, sendo necessário remarcar por duas vezes o encontro previsto, o qual ocorreu nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, em ambiente livre de interferências externas, e respeitando-se os mesmos princípios éticos utilizados com os gerentes.

A duração das entrevistas variou entre 50 a 115 minutos, embora fosse previsto um tempo máximo de 90 minutos pelo pesquisador. Esse fato pode ser atribuído à necessidade de verbalização dos entrevistados sobre a trajetória profissional e sobre o cotidiano de trabalho.

A intencionalidade na composição da amostra é um dos pressupostos da pesquisa qualitativa (Stake, 2011). Foram convidados a participar gerentes com diferentes formações para possibilitar olhares diferenciados sobre a realidade, enriquecendo o estudo. Além disso, foi considerado o tempo de atuação na função de gerência ou coordenação de serviços na área de saúde nos diferentes distritos sanitários. Essas informações foram levantadas por ocasião da aplicação do questionário, na primeira fase da

pesquisa. Como o Distrito Sanitário Leste tem apenas duas UBSF e os gerentes desempenhavam a função de gerência há menos de um ano, não foram realizadas entrevistas com esse grupo. Um número expressivo de gerentes havia assumido o cargo há menos de um ano e houve duas recusas de profissionais com mais de cinco anos de atuação.

Durante o período de realização das entrevistas, os conteúdos produzidos foram sendo gradualmente analisados até observar a saturação teórica, isto é, quando os dados obtidos passaram a apresentar redundância ou repetição. Esse fenômeno foi observado na oitava entrevista realizada com os gerentes.

4.7 ANÁLISES DOS DADOS

4.7.1 A análise dos questionários

Os dados foram organizados e processados em banco de dados elaborado por meio do programa MS Excel XP e conferidos mediante dupla digitação. A análise dos resultados foi realizada por meio do programa estatístico SPSS, versão 20.0, utilizando-se frequências absolutas e relativas para a interpretação dos mesmos, além de compará-los com a literatura referente ao tema estudado.

4.7.2 A análise dos dados empíricos

A transcrição de todo material gravado nas oficinas pedagógicas e nas entrevistas constituiu o primeiro contato da pesquisadora com os dados, e demandou dispêndio de tempo considerável. As falas foram transcritas removendo-se os vícios de linguagem, porém atentando para não alterar o seu significado. As

gravações foram conservadas porque em algumas situações revelavam a situação emocional em que os sujeitos se encontravam, sendo muito úteis para a pesquisadora, que voltava a escutá-las, pois se associavam ao contexto político da época em que os dados foram coletados.

Para preservar o anonimato dos participantes do estudo, as entrevistas foram identificadas com o código 'E' seguido do número da respectiva entrevista (E1, E2 até E9) e incluem os depoimentos da Coordenadora Municipal da ESF e dos gerentes. As oficinas pedagógicas foram identificadas de acordo com a ordem cronológica de sua realização como OFC1, OFC2, e assim por diante até OFC6.

O propósito da análise dos dados é ordenar as informações coletadas de modo que possam ser compreendidas e levar à formulação de considerações gerais. Isso pressupõe organizar e sintetizar os dados qualitativos para que se possa alcançar seu significado (Polit, Beck, 2011).

Para a análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas e das oficinas pedagógicas, foi utilizada a análise temática, que consiste em “(...) descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico” (Minayo, 2010, p. 316).

A técnica de análise temática consta de três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos e interpretação. Durante a fase de pré-análise, foram realizadas leituras exaustivas do material das gravações e buscou-se confrontar o conteúdo das entrevistas, com os objetivos do estudo, processo denominado “leitura flutuante”. Na etapa relativa à exploração do material, o texto foi recortado e numerado em unidades de registro ou unidades de significado, que podem se apresentar sob a forma de uma única frase ou conjunto de frases e

constituem o processo de codificação ou transformação dos dados brutos do texto.

Nessa fase, o material foi organizado para evidenciar os aspectos levantados nas entrevistas e oficinas pedagógicas, contemplar os objetivos do estudo, ter representatividade diante do universo coletado e do contexto estudado e manter homogeneidade (Minayo, 2010).

A classificação e o agrupamento das unidades de registro permitiram a construção das seguintes categorias de análise: O processo saúde-doença e a promoção da saúde; A realidade do território: problemas de saúde e necessidades sociais; (Des)caminhos e (im)possibilidades da promoção em saúde; e O cotidiano de trabalho do ACS. Para possibilitar a análise da terceira grande categoria foi necessário desdobrá-las em três subcategorias que foram denominadas: A educação permanente na realidade de trabalho dos ACS; O desafio da participação social; A ESF e a intersetorialidade.

Finalmente, a fase de tratamento e interpretação dos dados obtidos, deu-se à luz do referencial teórico e experiência profissional da pesquisadora. Cabe salientar, que inúmeras leituras foram acrescidas para abordar questões que emergiram fortemente dos dados.

4.7.3 Análise documental

A técnica de análise de documentos possibilita o conhecimento do passado, a investigação dos processos de mudança social e cultural, e favorecem a obtenção de dados, sem o constrangimento dos sujeitos (Fachin, 2003).

Consiste em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias

sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas (Richardson, 2007).

No presente estudo, a análise documental foi utilizada com a finalidade de complementar e enriquecer os dados obtidos pelas oficinas pedagógicas e entrevistas semiestruturadas. Foram consultados os relatórios finais das três últimas Conferências Municipais de Saúde, o penúltimo Relatório de Gestão, uma vez que o último, relativo a 2013, ainda não estava disponível e encontrava-se em apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde. Também foram consultados os dois últimos Planos Municipais de Saúde.

Parte da leitura documental ocorreu antes do início da coleta de dados, enquanto era aguardada a autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP e o aceite da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campo Grande. A análise dos documentos buscou identificar o que tem sido discutido ou viabilizado com relação à educação permanente, intersetorialidade, participação social e condições de trabalho do ACS.

Com intuito de contextualizar e problematizar o objeto de estudo foi realizado uma revisão integrativa da literatura no período de junho a julho de 2012. Na ocasião, a questão norteadora utilizada para o estudo foi: Que estratégias têm sido utilizadas pelo ACS para realizar ações comprometidas com a promoção da saúde?

Para a busca dos dados foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: Artigos divulgados na íntegra em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, publicados em periódicos nacionais e internacionais após 1991, ano de proposição pelo Ministério da Saúde do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS). Artigos que possuísem em seus descritores ou título termos como Agente Comunitário de Saúde; promoção da saúde; visita domiciliar; educação em saúde; participação comunitária; e Programa Saúde da Família, bem como

determinantes de saúde, Estratégia Saúde da Família e conceito de saúde. Artigos com disponibilidade de resumos e com informações sobre objetivos e abordagens metodológicas. Artigos que discutissem a experiência de agentes comunitários do Brasil. Dissertações e teses de doutorado.

Como critérios de exclusão foram considerados: documentos técnicos, resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões e artigos de reflexão; artigos não encontrados na íntegra; artigos relativos a experiência de outros países.

O levantamento bibliográfico foi realizado via internet em três bases de dados eletrônicas: LILACS (Literatura Latino- -Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BTDT (Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes), que integra teses e dissertações provenientes de instituições de ensino superior brasileiras, permitindo acesso na íntegra.

A revisão integrativa da literatura resultou na produção de um artigo que foi publicado na Revista Brasileira de Enfermagem em 2013 (Pereira, Oliveira, 2013) e embasou a discussão dos resultados.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

As deliberações das três últimas Conferências Municipais de Saúde, relativas a 2003, 2007 e 2011, evidenciaram a falta de estratégias intersetoriais entre os serviços da própria Secretaria Municipal de Saúde e desta com as outras secretarias municipais. Com relação ao controle social, descrevem a necessidade de articulação com os outros Conselhos Municipais, formação contínua para todos Conselheiros de Saúde, fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde e educação popular em saúde para melhorar a participação social. Mencionam também a falta de uma política de educação permanente para os funcionários da rede municipal de saúde e a falta de equipamentos de proteção individual (EPI) para o ACS, além da necessidade de formação.

As fragilidades apontadas pelas três Conferências Municipais de Saúde e, portanto, os desafios para consolidação da promoção da saúde são objeto de preocupação no Plano Municipal de Saúde relativo ao quadriênio 2010-2013, mas as propostas apresentadas não contemplam todas as fragilidades apresentadas e são bastante tímidas.

Entretanto, o atual Plano Municipal de Saúde, relativo ao quadriênio 2014-2017 (Campo Grande, 2013), apresenta um caráter bastante propositivo e uma visão mais sistêmica ao considerar a inter-relação entre o trabalho, a formação e a gestão em saúde. A necessidade de modernização da gestão municipal de saúde e implementação da articulação interinstitucional é descrita de forma objetiva, assim como as prioridades a serem alcançadas:

- Implantação da política municipal voltada para a integração ensino-serviço com intuito de formação e inserção do acadêmico/aluno na realidade do SUS e fomento à pesquisa em saúde;

- Implantação da política municipal de humanização, voltada para a qualificação do atendimento no SUS em consonância com a política nacional;
- Implantação da política municipal de recursos humanos, com relação à formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho.
- Fomentar política municipal de educação permanente, prevendo necessidades de formação para o trabalho em saúde, alinhada a política nacional, qualificando oferta institucional, oportunizando inovações;
- Estimular planejamento de gestão, com ação articulada, integrada, participativa, entre os diferentes níveis, utilizando instrumentos, prevendo a modernização, foco em resultados, e qualificação do SUS (Campo Grande, 2013, p. 153-56).

Atribui-se que esse avanço na proposta de gestão apresentada no atual Plano Municipal de Saúde, em parte à decorrência das recomendações do Relatório de Gestão correspondente ao período de janeiro a dezembro de 2012.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dos oito gerentes entrevistados, apenas um é do sexo masculino, quatro são assistentes sociais e os demais são: enfermeiro, sociólogo, advogado e assistente administrativo, com idades que variam de 31 a 63 anos, com tempo de atuação na gerência também variável; entre um a 16 anos. A maioria já tem cursos de especialização, sendo os mais citados: Gerência de Unidades de Saúde (GERUS), Saúde Pública e Saúde da Família.

Para preservar o sigilo e anonimato, não se descreveu o perfil da Coordenadora Municipal da ESF, uma vez que foi a única entrevistada que atua na esfera central da Secretaria Municipal de Saúde.

O perfil dos ACS que atuam nas Unidades Básicas Saúde da Família dos quatro distritos sanitários do município de Campo Grande pode ser visualizado na tabela a seguir, que mostra a

caracterização demográfica, social, e a situação de trabalho em números absolutos e percentuais.

Tabela 1 - Distribuição dos ACS, segundo distrito sanitário, perfil sociodemográfico e situação de trabalho. Campo Grande/MS, 2013.

Variável	nº	%
Distrito		
Sul	169	38,3
Norte	115	26,1
Oeste	123	27,9
Leste	34	7,7
Sexo		
Feminino	365	82,8
Masculino	76	17,2
Idade (anos) 36,82±8,57 (média±DPM)		
20-29	90	20,4
30-39	195	44,2
40-49	117	26,5
50 ou mais	36	8,2
Não respondeu	3	0,7
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	9	2,0
Ensino médio incompleto	14	3,2
Ensino médio completo	320	72,6
Ensino superior incompleto	58	13,2
Ensino superior completo	37	8,4
Não respondeu	3	0,7
Renda familiar bruta (salários mínimos)		
Até 1	2	0,5
Entre 1 e 2	106	24,0
Entre 2 e 3	165	37,4
Mais que 3	164	37,2
Não respondeu	4	0,9
Quantas pessoas vivem com esta renda familiar		
1	32	7,3
2	71	16,1
3	138	31,3
4	124	28,1
5 ou mais	73	16,6
Não respondeu	3	0,7
Ocupação antes de ser ACS		
Relacionada à área de saúde	25	5,7
Não relacionada à área de saúde	409	92,7
Não respondeu	7	1,6
Estatutário		
Sim	429	97,3
Não	9	2,0
Não respondeu	3	0,7
Exercício outra atividade remunerada		
Sim	115	26,1
Não	326	73,9
Tipo de atividade		
Relacionada à área de saúde	7	1,6
Não relacionada à área de saúde	107	24,3

continua

Não respondeu	327	74,1
Tempo de atuação como ACS		
Até 1 ano	119	27,0
De 2 a 4 anos	106	24,0
De 5 a 7 anos	57	12,9
De 8 a 10 anos	60	13,6
Mais de 10 anos	99	22,4
Tempo de atuação na Unidade atual		
Até 1 ano	161	36,5
De 2 a 4 anos	118	26,8
De 5 a 7 anos	71	16,1
De 8 a 10 anos	61	13,8
Mais de 10 anos	30	6,8

Fonte: A pesquisadora (2014)

Dos 441 ACS que participaram do estudo, 38,3% atuava no Distrito Sanitário Sul, 54,0% nos Distritos Norte e Oeste e apenas 7,7% trabalhavam no Distrito Leste. O Distrito Sanitário Sul possui o maior número de Unidades da ESF na área urbana (13) frente aos distritos Norte (10), Oeste (08) e Leste (02).

Quanto ao perfil sociodemográfico, 82,8% das participantes eram do sexo feminino e 44,2% estava na faixa etária de 30 a 39 anos. Em relação à escolaridade 72,6% informaram ter cursado o ensino médio, 13,2% estavam cursando o ensino superior e 8,4% concluíram-no. Quanto à renda familiar, tomando como referência o salário mínimo de R\$ 678,00 referente a setembro de 2013, 74,6% das famílias recebia dois ou mais salários mínimos e a maior parte dos entrevistados (75,5%) referiu que desta renda dependiam entre duas e quatro pessoas.

Com relação à ocupação e situação de trabalho, 92,7% desenvolvia atividades não relacionadas à área de saúde antes de se tornarem ACS. Eram em sua maioria estatutários (97,3%) e não exerciam outra atividade remunerada (73,9%). Dos 26,1% que informaram ter outra função remunerada não foi possível saber o tipo de atividade exercida, uma vez que 73,9% não respondeu a questão.

Os percentuais em relação ao exercício profissional revelam que 51,0% dos ACS atuavam na ESF havia quatro anos, 27,0% dos

quais havia um ano. O restante da população estudada (48,9%) desenvolvia a função por mais de cinco anos. Com relação ao tempo de atuação na UBSF, constatou-se que a maioria (63,3%) tinha até quatro anos de exercício profissional na Unidade e destes, 36,5% havia um ano.

5.3 PARTICIPAÇÃO DOS ACS EM AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Abaixo (tabela 2) mostra-se a frequência das ações realizadas pelos ACS com relação a integração entre a equipe e a população, educação em saúde e intersectorialidade.

Tabela 2 - Distribuição dos ACS segundo participação em atividades de integração com a equipe, mobilização social, educação em saúde e ações intersectoriais. Campo Grande/MS, 2013.

Ação	Sempre	Frequent/	Algumas	Raram/	Nunca	Não
			vezes			respond/
Atividades relacionadas ao processo de mobilização social e integração da equipe com a população local						
Reunião de equipe	379 (85,9)	48 (10,9)	10 (2,3)	2 (0,5)	2 (0,5)	0 (0,0)
Opiniões na reunião	107 (24,3)	88 (20,0)	188 (42,6)	47 (10,7)	9 (2,0)	2 (0,5)
Orientação da sobre UBS	309 (70,1)	89 (20,2)	28 (6,3)	5 (1,1)	4 (0,9)	6 (1,4)
Orientação sobre rede municipal de saúde	230 (52,2)	144 (32,7)	48 (10,9)	10 (2,3)	3 (0,7)	6 (1,4)
Orientação sobre cuidado	302 (68,5)	94 (21,3)	31 (7,0)	6 (1,4)	2 (0,5)	6 (1,4)
Ação proposta pela equipe	179 (40,6)	134 (30,4)	76 (17,2)	26 (5,9)	5 (1,1)	21 (4,8)

continua

Reunião com a população	26 (5,9)	31 (7,0)	109 (24,7)	133 (30,2)	140 (31,7)	2 (0,5)
Participação da comunidade nas reuniões de equipe	23 (5,2)	41 (9,3)	90 (20,4)	112 (25,4)	170 (38,5)	5 (1,1)
Participação ACS Conselho Local	44 (10,0)	32 (7,3)	70 (15,9)	115 (26,1)	178 (40,4)	2 (0,5)
Incentivo da população a participar das reuniões	103 (23,4)	96 (21,8)	108 (24,5)	80 (18,1)	52 (11,8)	2 (0,5)
Participação ACS em atividades da comunidade	102 (23,1)	53 (12,0)	95 (21,5)	87 (19,7)	99 (22,4)	5 (1,1)
Incentivo da população nas atividades comunitárias	150 (34,0)	104 (23,6)	89 (20,2)	65 (14,7)	27 (6,1)	6 (1,4)
Atividades relacionadas ao processo de educação em saúde e realização de ações intersectoriais						
Participação ACS em atividades educativas	114 (25,9)	136 (30,8)	122 (27,7)	53 (12,0)	10 (2,3)	6 (1,4)
Parceria com instituições locais	139 (31,5)	125 (28,3)	114 (25,9)	35 (7,9)	23 (5,2)	5 (1,1)
Realização de ações com instituições locais	56 (12,7)	75 (17,0)	150 (34,0)	97 (22,0)	61 (13,8)	2 (0,5)
Ações entre as Secretarias	19 (4,3)	36 (8,2)	136 (30,8)	119 (27,0)	117 (26,5)	4 (3,2)

Fonte: A pesquisadora (2014)

Quanto à integração na equipe, 85,9% referiu participar das reuniões de equipe, porém nem sempre conseguiam expor suas

opiniões (42,6%). Atividades de integração eram mais desenvolvidas durante a visita domiciliária; incluíam orientação sobre o funcionamento e os serviços oferecidos pela UBSF (90,3%) e pela rede municipal de saúde (84,9%), ações de orientação sobre cuidados em saúde (89,8%), e operacionalizadas ações propostas pela equipe (71,0%).

Com relação à integração da população com a equipe de saúde, 61,9% dos entrevistados respondeu que não realiza ou realiza raramente reuniões com a população para identificar problemas coletivos. A falta da participação de representantes da coletividade nas reuniões da equipe de saúde foi referida por 63,9%.

Os ACS informaram participar pouco das reuniões do Conselho Local de saúde (17,3%), embora dissessem incentivar a participação da população (45,2%). O envolvimento dos agentes é mais significativo nas atividades propostas pelos equipamentos sociais existentes no bairro onde vivem - principalmente a igreja ou o centro comunitário (35,1%), sendo também mais expressivo o estímulo à participação dos usuários nessas atividades (57,6%).

Apenas 56,7% referiram realizar ou participar de atividades educativas. Quanto à existência de atividades intersetoriais no território de abrangência das unidades de saúde, 59,8% opinaram que existe parceria com instituições locais, embora somente 29,7% julgassem que as ações concretizam-se. Com relação à realização de ações conjuntas entre as diversas secretarias municipais, 53,5% opinou que elas raramente ou nunca ocorrem.

Tais resultados suscitam vários questionamentos: por que os ACS nem sempre conseguem se expressar nas reuniões da equipe? Existe reconhecimento da fala do ACS como outro saber legítimo por parte dos demais profissionais? Que motivos determinam a falta de participação dos agentes nas reuniões do Conselho Local de Saúde? Porque os problemas da coletividade não são discutidos com a população e não há participação dos representantes da

comunidade nas reuniões da equipe de saúde? Que fatores estão limitando a realização de ações intersetoriais nas áreas de abrangência das UBSF embora tenham sido estabelecidas parcerias com as instituições locais?

Embora os resultados da análise documental sugiram algumas pistas, a discussão empírica dos dados, objeto do próximo capítulo, poderá ampliar o olhar do leitor sobre a realidade estudada.

6 DISCUSSÃO

6.1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em que medida os trabalhadores da ESF identifica e responde às necessidades de saúde dos usuários? Um fator preponderante para o reconhecimento do que são necessidades de saúde e por consequência das práticas cotidianas é o conceito de saúde que os profissionais adotam. Mas que conceito de saúde tem potencial para fortalecer a construção de uma atenção contextualizada e integral?

Considerando-se que as desigualdades sociais e, conseqüentemente, as desigualdades em saúde são geradas pelo modelo de sociedade existente, uma das teorias que fornecem elementos para a compreensão da produção da saúde e da doença e seus reflexos sobre o estado de saúde da população é a da determinação social do processo saúde-doença.

Essa teoria analisa a constituição do próprio sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades, dando maior ênfase aos mecanismos de acumulação do capital e à distribuição de poder, prestígio e bens materiais dele decorrentes. A posição de classe e a reprodução social passam ser vistas como os principais determinantes do perfil de saúde e doença (Barata, 2009). Em outras palavras: as diferentes dimensões da vida social são determinadas pelas relações de produção, sendo, portanto, construídas em nível macrossocial, e o indivíduo e a coletividade passam a ser compreendidos como partes de uma totalidade determinada pelo modo de produção.

Uma das mudanças necessárias para que a ESF consolide-se como proposta de reorganização das práticas sanitárias é a

adoção de um pensamento sobre o processo saúde-doença que considere a supremacia da determinação social. Assim, ao invés de se evidenciarem os elementos causadores de doença, reduzidos a fatores de vulnerabilidade e risco, o processo saúde-doença será abordado como um fenômeno social, resultado das formas de trabalhar (produção social) e de viver (consumo).

Foi nessa perspectiva de saúde condicionada pela existência da sociedade capitalista e da luta de classes que se buscou analisar as proximidades e os distanciamentos dos depoimentos dos gerentes e agentes comunitários de saúde.

Ao entrevistar as gerentes, um fato chamou a atenção, não foi verbalizado o conceito de saúde espontaneamente. As respostas foram emitidas após reações de surpresa com a pergunta ou vários minutos de silêncio. Tal fato denotou que existe uma dificuldade de definição pela própria complexidade do assunto, ou os espaços de discussão no cotidiano profissional nem sempre estimulam os profissionais de saúde a refletirem sobre as concepções de saúde.

Entretanto, o mais interessante foi constatar que, apesar da divulgação de uma concepção ampliada do conceito de saúde no âmbito internacional, a partir da Conferência de Alma Ata (1978) e da Carta de Otawa (1986), bem como da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no Brasil, para alguns a saúde ainda é apenas a ausência de doença (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987).

Bem, saúde para mim é a pessoa estar num bem estar que lhe permita viver sem intercorrência de doenças.
(E6)

Esse depoimento traduz-se em uma concepção positivista com enfoque biologicista, desvinculado do contexto sócio-histórico-cultural em que ocorre. O que estaria refletindo essa visão de saúde? Possivelmente a construção desse conceito decorre dos

referenciais teóricos utilizados na graduação, ainda baseados na doutrina hegemônica do modelo biomédico. Partindo-se do pressuposto de que a forma de conceber o processo saúde-doença determina as ações em saúde, considera-se que esse conceito remete a um modelo assistencial também com foco na doença, voltado às práticas individuais e fragmentadas, pois privilegia ações pontuais que historicamente têm se mostrado ineficazes e de baixa resolatividade.

Discursos atinentes à problemática da formação têm sido proferidos por outros autores:

[...] mesmo reconhecendo os esforços que vêm sendo efetivados nos últimos anos no tocante à formação de recursos humanos para a saúde, sob o argumento de consolidar o modelo do Sistema Único de Saúde, de uma maneira geral a formação dos trabalhadores desse setor permanece centrada na doença, fundamentada no paradigma biologicista, tendo como unidade de ação e de reflexão o indivíduo, considerado em sua dimensão anátomo-clínica (Amâncio Filho, 2004, p. 377).

Na abordagem contemporânea do adoecer destaca-se a supremacia da ordem biológica, que conformou a constituição da medicina moderna. Na organização das práticas, na formação dos recursos humanos, há pouco espaço para a consideração das dimensões psíquicas e sociais do adoecer (Czeresnia, 2007, p. 20).

Os gerentes também conceituaram saúde conforme a OMS:

[...] saúde não é só o bem-estar físico. A Organização Mundial de Saúde tem uma definição próxima disso. Eu acredito e dou uma definição de saúde como o completo bem estar físico, mental e espiritual. Porque acho que o indivíduo tem que ser visto como um todo. E nesse todo a parte religiosa conta muito. Eu acredito em Deus. Então, para mim, eu acho também essencial a religião.
(E7)

A análise desse depoimento permite duas considerações: a dimensão social, determinante do processo histórico de constituição e estruturação da sociedade e tão relevante quando consideradas as injustiças e as desigualdades da realidade brasileira, não foi mencionada. Fundamenta-se no conceito da OMS, de que a saúde é

o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.

Esta definição é frequentemente objeto de críticas, diz-se, por exemplo, que é um conceito utópico porque este estado é intangível; diz-se que é impossível medir o nível de saúde de uma população a partir deste conceito porque as pessoas não permanecem constantemente em um estado de bem-estar; e afirma-se, na maioria das vezes, tratar-se de uma definição que carece de objetividade porque está baseada em um conceito subjetivo, o conceito de bem-estar. (Caponi, 2003, p.66).

[...] nela a saúde aparece como algo absoluto e indivisível, como um valor demasiadamente genérico, que faz uso de um termo estático como "estado" para designar algo que é essencialmente mutável e, de outro, pouco preciso como "bem-estar" (Oliveira, Egry, 2000, p. 12).

Acredita-se que dois pontos sejam questionáveis na definição da OMS: a segmentação da saúde (físico, mental e social), porque expressa e ratifica o olhar especializado que o campo da saúde tanto diz combater, e também a ideia de completo bem-estar, um estado de perfeição dificilmente atingível. Assim, embora a conceituação da OMS seja oficialmente válida até os dias de hoje, é considerada utópica e pouco operacional, uma declaração, mais que uma definição propriamente dita.

Em outros depoimentos a saúde foi definida de maneira mais genérica e multifatorial, também a partir do conceito do OMS. Em dois deles, são mencionadas as condições sociais, políticas e econômicas como determinantes do processo saúde-doença.

[...] o conceito de saúde para mim não é só a saúde do corpo. Tem a saúde mental, a saúde, o lazer, eu acho que a atividade física que esse paciente faz durante ao longo da vida dele. Isso vai colaborar bastante para ele ter uma qualidade de vida boa. Então eu acho que a saúde dele está no todo, desde a qualidade de vida que ele tem dentro da casa dele, da higiene, do relacionamento, do convívio social que ele tem na comunidade. É o paciente como um todo mesmo. (E4)

Então é, realmente, para mim a saúde é o bem-estar físico, mental, social, psicológico e até mais, passa pela questão religiosa, o bem-estar familiar. Então saúde não tem como se falar em saúde só biologicamente, então tem que ter essa amplitude na saúde. (E2)

O primeiro excerto faz referência ao estilo de vida, em que a saúde é uma responsabilidade do indivíduo. A concepção de saúde também foi verbalizada enquanto manifestação de vigor, de uma potência para absorver e vencer as tendências mórbidas:

A saúde seria... Eu acho assim: a pessoa saudável é aquela pessoa que cuida do corpo, que cuida da mente, que cuida dela. Ela é saudável. E não aquela que seja só isenta de doenças. Às vezes ela tem uma doença crônica, mas ela tem saúde, porque ela cuida da doença da qual é portadora, mesmo ela tendo um problema. Então na minha visão saúde é o seu bem-estar. Você está bem consigo mesmo. Você está bem com seu corpo e está bem com os outros. Porque se você está bem com você, você acaba estando bem com os outros, com sua família, com seus amigos. Às vezes a pessoa fala assim: eu não tenho saúde, eu sou hipertensa. É hipertensa, mas cuida da hipertensão? Você toma remédios, faz caminhada, você faz dieta, você acompanha você está sempre se cuidando? Estou. Você é uma pessoa saudável. Você tem uma doença que foi desencadeada por algum problema que a gente não sabe se é genético, hereditário, o que foi, mas agora você vive em harmonia com isso aí. (E8)

Para essa depoente, o sentido de saúde não exclui ter alguma doença ou alguma dor, mas a capacidade para lidar com ela. O filósofo e médico francês Georges Canguilhem, falecido em 1995, relacionava a saúde à experiência de viver, definindo-a como a capacidade de ser criativo, espontâneo, de criar soluções para melhor viver e extrair prazer da vida mesmo na presença de alguma limitação ou enfermidade. Para ele, a saúde significava muito mais que a possibilidade de viver em conformidade com o meio, por implicar uma capacidade normativa de criar novas condições de vida em vários tipos de situações. Para o autor, não havia equívoco no indivíduo considerar-se normal na presença de um estado patológico, pois estaria expressando uma relação com a normatividade da vida (Canguilhem, 2006).

Assim, não é a ausência de normalidade que constitui o anormal, pois não existe vida sem normas de vida e o estado mórbido - o patológico - é sempre uma certa maneira de viver. A

doença, portanto, não é o inverso da saúde, mas o acontecimento que faz surgir uma nova dimensão da vida, um novo estado, um novo modo de 'andar a vida'.

Também para Ayres (2007), o estar ou se sentir saudável não consiste necessariamente na ausência de uma doença, pois é possível que uma pessoa portadora de uma enfermidade responda afirmativamente ao ser questionada sobre se sentir saudável, enquanto outra, mesmo que não possua qualquer doença, pode dar uma resposta negativa. Ao aceitar que saúde e doença possuem sentidos mais amplos, admite-se que ter saúde não é o mesmo que dizer que não há doença e vice-versa. O que se busca, portanto, é diminuir a assimetria e a oposição que há entre o discurso médico hegemônico e as experiências vividas em relação à saúde e a doença.

Existe de fato uma influência da percepção subjetiva sobre os estados de saúde de indivíduos, sendo importante a questão da participação do sujeito, a forma como cada um enfrenta as adversidades. Entretanto, centrar a capacidade explicativa apenas na questão subjetiva tem limitações importantes, uma vez que a saúde e a doença resultam fundamentalmente das formas de organização social, as quais podem gerar grandes desigualdades. Além da experiência subjetiva, falar de saúde implica levar em conta os determinantes estruturais do processo saúde-doença, que são de natureza sociopolítica.

Concepções de saúde para além do olhar puramente biológico ou restrito a questão subjetiva foram verbalizados em alguns depoimentos, os que mais se aproximam do conceito da determinação social do processo saúde-doença:

A saúde para mim é bem-estar, a gente ter condições de trabalhar, estudar, ter convívio social e também ter condições de buscar a saúde. [...] acesso à moradia e ao saneamento. (E3)

A saúde não engloba só a parte física do ser humano, mas também a mental, intelectual e é o que a gente

encontra aqui muita dificuldade. Porque aqui nós temos uma grande maioria de analfabetos [...]. Às vezes o problema é alimentação, a pessoa não tem alimentação adequada em casa [...]. (E5)

O conceito de saúde na realidade mudou muito. Esse conceito hoje é muito amplo. Porque algumas situações de família, a questão de desemprego interfere na questão da saúde, então as interfaces com a saúde são várias. A questão das vulnerabilidades sociais, das fragilidades do meio em que as pessoas vivem. O conceito é muito amplo. Não se fala mais bem estar físico, mental e social até porque para você ter esse bem-estar você tem que ter condição de moradia, emprego, alimentação... Tudo isso interfere. (E9)

Os depoimentos mostram a relação de saúde com necessidades sociais que incluem a possibilidade de ter trabalho, moradia digna, alimentação, acesso aos serviços de saúde, à educação e saneamento básico, tal como expressa o texto constitucional. Nele, a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, além de definir saúde como direito do cidadão e o dever do Estado.

A valorização da relação entre saúde e condições de vida foi constatada de forma contundente nas falas dos ACS, cujas percepções sobre saúde foram captadas na primeira oficina pedagógica.

Tem que ter uma boa alimentação, um bom relacionamento com as outras pessoas, a educação e o bem estar de você ter o lazer. [...] Ela colocou a figura da família porque para as pessoas para se sentirem bem, para estarem bem precisam estar reunidas em família. Ai nós colocamos as meninas andando porque precisa do exercício físico, porque não tem saúde se você não se exercitar, se você não procurar estar bem. E a moradia, por quê? Se você trabalha, se você estuda, o seu referencial é a sua moradia. Você tem que ter uma casa limpa, arejada, confortável, para que você descanse. Porque não adianta nada, você vê: uma boa saúde, você ter lazer e chegar à sua casa caindo aos pedaços. [...] E também a profissionalização. Porque para termos saúde, tudo que está ali, a gente precisa de uma profissão. Educação e profissão. Para você chegar a atingir o bem-estar social, porque você sem trabalhar, sem ter condições, sem ter o salário, você não vai a lugar nenhum. Todo o lugar que a gente vai, a gente precisa

pagar [...]. E se a gente no lugar que a gente mora não tiver saneamento básico adequado, com água servida escorrendo na rua, não tem como você falar em saúde.

(OFC 1 - depoimento 1º grupo)

É relacionado ao físico, psíquico social, trabalho, saúde, educação, engloba tudo. Sem trabalho não tem saúde, não tem educação, não tem moradia. Não é dizer saúde não é só de não ter doença, saúde é você morar bem, viver bem. Não é não ter doença. As pessoas muitas vezes entendem que saúde é não ter doença. Não é isso. Uma boa alimentação, educação, família - que é à base de tudo para a gente se relacionar, lazer, amor. Por que entra na parte do psíquico, mental, bom relacionamento, bem-estar físico e social. Então, onde está? Dentro da atividade física, mas lembrando de que não adianta você fazer algo que seja obrigado. Para você ficar bem você fisicamente, você tem que fazer aquilo que gosta, não aquilo que outro acha que você tem que fazer. Boa moradia: ninguém vive bem se não tiver onde dormir bem, onde se abrigar bem. Segurança: precisamos ter segurança para poder viver em sociedade e ter saúde. E a religião: Porque ninguém vive sem uma religião. A religião também é muito importante para o bem-estar mental, psicológico e um atendimento humanizado de saúde. É isso que a gente entendeu.

(OFC 1 - depoimento 2º grupo)

A fé é a coisa mais importante que o ser humano pode ter. Porque se ele tiver fé e acredita naquilo que ele faz ele tem força. Ele tem força para ir à frente, para buscar, tem persistência não é? Você precisa ter educação. Porque a educação vai estimular você ter conhecimento da fé. Isso é muito importante para o ser humano. Se você tem fé, tem educação, você tem estímulo para poder desenvolver atividade física, você tem estímulo para poder fazer uma viagem. [...] Uma boa alimentação. Para ter um bom exercício, você tem que ter uma boa alimentação. Tem que estar preparado, tem que estar bem calçado, tem que ter uma roupa adequada para fazer uma ótima caminhada. Um bom exercício para poder andar de bicicleta tem que ter uma boa ciclovía, um asfalto, um lugar bem preparado. Aqui nós colocamos a dança. Porque além de você fazer uma higiene mental, desocupar sua lixeira, você também tem um resultado físico. [...] Colocamos também a foto de uma mulher representando o trabalho. Todo ser humano precisa de um trabalho. [...] Aconchegar, o amor da família. Se na nossa casa falta, em muitas casas está faltando também. Então falta qualidade de saúde. [...] E o que a gente não pode admitir? Falta de saneamento. Essa foto que esse fotógrafo tirou repercutiu o mundo inteiro. Essa criança aqui catando latinha. [...] Então, nossa situação, o saneamento chega aos nossos governantes, nossos representantes, eles não conseguem enxergar essa parte. [...] Sexo é bom. Estimula nosso corpo, estimula o nosso organismo, nos torna afetivos ao outro. O sexo faz com que o ser humano se reproduza, mas também tem que ser com qualidade de vida. Tem que ser com prevenção. Tem

que ser com cuidado. Com uso do preservativo. O sexo também tem que ser bem cuidado. E para que a gente possa também fazer uma viagem, ir para um lugar diferente, ir para a praia. [...] Não temos segurança. Não adianta toda essa qualidade de vida, andar de bicicleta, fazer tudo. E o que vai acontecer? Vamos levar um tiro, vamos ser assaltados na praia, no nosso bairro, no bairro que a gente está. Precisamos de segurança. [...] Porque escrevemos leitura? Porque ler é transformar o mundo. Se você quer que alguém leia, aprenda a ler, o que você tem que fazer? Lê para alguém, começa a ler para ele. Começa a estimular e cria esse ato de leitura. [...] A leitura é o único meio de nós transformarmos qualquer cidadão. Se ele tiver e praticar a leitura, ele vai ter conhecimento para a fala, ele vai ter conhecimento dos direitos que ele tem, porque a leitura vai trazer tudo isso.
(OFC 1 - depoimento 3º grupo)

Todas as falas revelam uma compreensão crítica e ampliada sobre o que é saúde ao mencionarem a necessidade de trabalho, salário, profissão, boas condições de moradia, saneamento básico, alimentação, segurança, educação, lazer e um atendimento humanizado em saúde.

A criticidade é uma característica marcante nos depoimentos, inclusive quando se referem à necessidade de infraestrutura urbana (ciclovias, asfalto) para a realização de exercício físico, e a prática da leitura para conhecimento dos direitos sociais. Os depoimentos dos ACS sobre o conceito de saúde vão além das necessidades sociais para manutenção da saúde. Mostram também uma riqueza conceitual, ao considerar que as condições cotidianas de vida saudável estão permeadas pela adoção de uma religião, da existência da fé, do bom relacionamento com as pessoas, do respeito, da paz, da presença familiar, do sentimento de amor, e do prazer sexual.

Os depoimentos dos ACS integram aspectos sociais e da subjetividade individual o que de certa forma supera a polêmica discussão sobre marxismo e psicanálise. Essa visão tem sido objeto das reflexões contemporâneas dos estudiosos da teoria crítica sobre o indivíduo e a sociedade. Os teóricos compreendem existir uma

relação dialética entre o universal (dimensão social) e o particular (dimensão psíquica):

A relação entre o marxismo e a teoria freudiana deve ser entendida como sendo dois momentos que se completam e se refutam. Eles se completam na medida em que o marxismo apresenta o processo objetivo de exploração e subjugação do indivíduo, no modo de produção capitalista, desmistificando esse processo social e econômico por meio da “crítica da economia política”: enquanto “linguagem do todo”, o marxismo representa o universal. Já a psicanálise representa esse processo social na perspectiva do sujeito, de seu efeito no processo de subjetivação, que surge da relação dialética com outros sujeitos, indivíduos, grupos, organizações e instituições: ela representa o particular, isto é, a dimensão subjetiva do longo processo de dominação e exploração denunciado por Marx (Duarte, 2010, p. 8).

O marxismo e a psicanálise freudiana expressam os dois lados de um mesmo “fato”, digamos assim, duas perspectivas de uma mesma realidade, a do indivíduo “cindido”, explorado, assujeitado, hierarquizado e alienado. Neste sentido, eles se completam. Enquanto o marxismo apresenta a base social deste processo, a psicanálise apresenta a base psíquica correspondente, que é por ele produzida, ao mesmo tempo em que o mantém e o reproduz. Assim, a psicanálise é a “linguagem do singular” na qual o todo é passível de ser reconhecido (Duarte, 2010, p. 8-9).

Ao analisar todas as falas, incluindo as dos agentes e gerentes, verificou-se que alguns depoimentos traduzem entendimentos abrangentes sobre saúde ao considerar a relação entre necessidades sociais e boas condições de vida. Porém, essas falas coexistem também com conceituações que visualizam apenas os aspectos biológicos para a existência e manutenção da saúde.

O conceito de saúde que perpassa pelo SUS, entretanto, coloca em questão aspectos relativos à desigualdade social como determinante da desigual distribuição dos agravos sobre a população e aponta para a necessidade de utilizar estratégias de intervenção em saúde que contemplem a totalidade da vida.

A ênfase na compreensão mais ampla da saúde, como um processo, em que se prioriza a vida com qualidade, e não a mera

ausência de doença situa a promoção em oposição crítica à medicalização da vida social. Mas, a que se refere o termo promoção da saúde?

Várias iniciativas têm sido denominadas como ações de promoção em saúde: intervenções voltadas para a cura, tratamento e prevenção específica (perspectiva biomédica), ações focadas na transformação dos comportamentos pelos indivíduos visando à adoção de estilos de vida mais saudáveis (perspectiva comportamental e educacional), ações voltadas para ao desenvolvimento comunitário por meio da participação de todos envolvidos no problema (perspectiva do empoderamento coletivo) e ações centradas na construção participativa de políticas públicas saudáveis, em que se trabalha por mudanças nas relações de poder e dos determinantes sociais da saúde (perspectiva de transformação social) (Westphal, 2006).

As diversas conceituações sobre promoção da saúde podem ser reunidas em duas grandes vertentes. A primeira está voltada à implantação de programas educativos que tendem a modificar o comportamento e o estilo de vida do indivíduo e da comunidade. A segunda tende a ampliar o campo de observação, ressaltando a importância dos determinantes gerais de vida. Esse é o conceito moderno de promoção da saúde, caracterizado pela constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, sugerindo, desta forma, uma nova proposta de reorganização da saúde na Atenção Básica (Buss, 2003).

Neste estudo vários depoimentos sobre o conceito de promoção da saúde são confundidos com a prevenção de agravos ou educação em saúde:

Na minha visão, a promoção em saúde seria a prevenção. Seria a gente conseguir fazer a população entender que se agente prevenir antes da doença, é melhor. Eu acredito mais que seria uma educação popular, mesmo sem palestras, sem jogar muita informação. Seria uma troca, a gente poder colocar de

maneira que a comunidade pudesse entender que aquilo seria importante. (E1)

Eu acho que para você promover saúde, a gente tinha que ampliar mais o número de médicos, enfermeiras, dentistas, que ainda não é o suficiente. Não sei se é isso que você quer saber. E também a gente pode trabalhar mais a parte de ações educativas com intuito de prevenir, não ficar só remediando. Se a gente tivesse hoje mais tempo para trabalhar na prevenção, seria o ideal. Entendeu? (E5)

Eu entendo que a promoção da saúde é incentivar a prevenção. (E6)

[...] de levar à população, informação e conhecimento sobre os cuidados. Acho que é assim que a gente promove saúde. Que as pessoas sejam pelo menos sensibilizadas, a gente não conscientiza ninguém. Busca-se sensibilizar as pessoas para os cuidados básicos em saúde não é? (E9)

Na análise de uma das falas, chamou a atenção o fato de que só será possível promover saúde se houver a contratação de mais profissionais da área de saúde. Entretanto, um dos princípios norteadores é que a ‘promoção é basicamente uma atividade do campo social e da saúde e não somente do serviço de saúde’. Ademais, a confusão conceitual entre promoção, prevenção de agravos e educação em saúde podem dificultar a efetivação da promoção à saúde, porque se faz prevenção de doenças acreditando-se que se está fazendo promoção.

A indiferenciação entre promoção à saúde e prevenção da doença guarda relação com o modelo da história natural da doença, desenvolvido por Leavell e Clark em 1976. O termo promoção, naquela época, foi classificado como Prevenção Primária, quando o indivíduo ainda não entrou em contato com o agente patológico. Esses autores sugeriram que a prevenção fosse feita meio da Promoção da Saúde e da Proteção Específica contra os agentes etiológicos e/ou do meio ambiente. Seus pensamentos exerceram grande influência na divulgação das ideias do movimento preventista, e ainda hoje seus entendimentos sobre promoção à saúde e prevenção das doenças é referência para muitos profissionais de saúde, inclusive para os ACS:

Nós temos um grupo de pessoas que não são nem hipertensos nem diabéticos, estão na faixa dos 35 anos em diante [...] Porque a partir dessa idade previne muitas outras coisas, eles já fazem a caminhada, tem reunião com a nutricionista, com o objetivo de não se tornarem nem hipertensos nem diabéticos no futuro. O homem, geralmente após os 40 anos, deve começar os exames de prevenção do câncer de próstata. Se a gente não vier falando desde os 35 anos, ele vai chegar aos 40, 50, 55 anos e não vai fazer. Então a gente já está fazendo uma promoção em saúde, a gente já está orientando aquele paciente para que ele cuide da saúde agora para não se tornar um doente no futuro. (OFC 5 - depoimento 1)

Promoção em saúde, eu acho que na questão de PSF, o que se tem feito mais é a questão da educação na escola. A orientação com as crianças e na área mesmo da promoção em saúde, que a gente pode colocar uma conotação maior seria na orientação do usuário quanto as questões que estão intrínsecas no ambiente. O ambiente em que todos vivem. Isso é promoção da saúde. (OFC 5 - depoimento 2)

Outros depoimentos procuram mostrar a diferença entre promoção da saúde e da doença, reiterando a importância da cooperação e solidariedade entre indivíduos, organizações e grupos populacionais para promover saúde.

Então: a prevenção vem antes do curativo. Eu vou prevenir aquela doença, por exemplo, vou prevenir uma doença diarreica, pega a questão do saneamento básico. Só que a promoção da saúde é muito mais que isso, porque ela envolve conceitos também. Eu tenho que promover saúde, então para eu promover saúde não é simplesmente ver o saneamento básico. Eu tenho que ver se naquela comunidade ela tem uma área de lazer, eu tenho que ver se a educação daquele bairro tem oferta de educação, se funciona... Eu tenho que vê se o CEINF atende aquelas crianças de forma que não venham a desenvolver nenhuma doença. Se a estrutura do CEINF está preparada para isso... Promover saúde é eu estar junto com essas lideranças. Para o enfrentamento da dengue, por exemplo. Para eles entenderem que se a comunidade não agir, vão continuar as doenças... Não simplesmente eu ir lá e catar o lixo da minha casa, porque daí é uma ação uma preventiva, mas eu sabe por que eu estou catando aquele lixo. E não olha só para minha casa. [...] Se uma criança do vizinho está sofrendo um abuso que não é problema meu. Porque é. É uma questão de saúde pública. Então isso é promove saúde na minha concepção. É eu participar, é eu entender esse coletivo. [...] Para promover eu preciso ter o que é necessário para ter saúde. (E2)

[...] promoção é você dar condição, é você pegar e ter novas atuações, envolver novas entidades. Você promover. Veja bem: promoção promover, divulgar, fazer com que a coisa aconteça. (E7)

Os discursos mencionam a satisfação das necessidades sociais e a importância do *empowerment* e da intersectorialidade para que se promova a saúde. Evidencia-se uma aproximação, ainda que superficial, com os princípios norteadores da promoção em saúde definidos na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Alma Ata no ano de 1978. Sobre isso, destaca-se como princípios que a promoção da saúde:

(1) envolve a população como um todo, no contexto de vida diário, mais do que a focalização nas pessoas em risco de ser acometida por uma doença específica; (2) é dirigida para a ação sobre os determinantes ou causalidade social, econômica, cultural, política e ambiental da saúde; (3) combina métodos e abordagens diversas, porém complementares; (4) objetiva particularmente a efetiva e concreta participação social; (5) é basicamente uma atividade do campo social e da saúde e não somente do serviço de saúde (Westphal, 2006, p. 289).

Porém, considerando-se em essência ao que se referem os termos Promoção da Saúde, todos os depoimentos apresentados ainda estão muito distantes das definições teóricas. Isso porque a Promoção da Saúde está relacionada, por um lado, a um conjunto de valores referente à vida, saúde, equidade, participação, democracia, cidadania, desenvolvimento e, por outro, a uma combinação de estratégias políticas e ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da coletividade (reforço da ação comunitária), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema) e de ações intersectoriais. Esses aspectos em seu conjunto, não foram contemplados em nenhuma das falas.

Finalizando a discussão relativa a esse tema, tem-se que a definição de um novo conceito de saúde não garante a substituição completa da concepção até então predominante. A incorporação

desse novo conceito é sempre lenta, gradual e concomitante com outros saberes já instituídos na sociedade. Faz-se necessária, portanto, uma (re)construção da identidade pessoal e profissional que atenda ao projeto político social do SUS. A questão é: como contribuir para a incorporação de conteúdos sociais dessa nova abordagem?

Assumir a complexidade do debate sobre a concepção de saúde e superar o paradigma ainda vigente na busca do modelo anunciado de promoção da saúde trata-se de um desafio não só de quem se preocupa com a formação profissional em saúde, também é responsabilidade do próprio serviço, uma vez que a construção de conceitos são reflexos da vivência profissional acumulada no setor de saúde.

É preocupante o grau de despolitização quando considerados os conceitos emitidos pelos gerentes da ESF, profissionais cujas práticas têm como objetivo identificar e responder as necessidades da população, na perspectiva da equidade e da promoção da saúde. Era de se esperar, portanto, que o olhar dos gerentes tivesse uma perspectiva mais totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais.

Não se mudam as práticas sem antes incorporar um arcabouço teórico que dê suporte à proposta da mudança. Nesse sentido, é pertinente questionar que iniciativas têm sido propiciadas pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Campo Grande, com relação à discussão e à reflexão sobre os conceitos de saúde, família, classes sociais e sociedade. Esses conteúdos são pertinentes, uma vez que o conceito ampliado de saúde é um pensamento sobre o processo saúde-doença, e incluem aspectos sociais, políticos e econômicos para entendimento da determinação social da saúde.

É partindo da compreensão do processo de produção da saúde e da doença e seus reflexos, sobre a distribuição do estado de saúde da população, que se pode subsidiar uma intervenção adequada da realidade. Posto isso, questiona-se como gerentes e ACS enxergam a realidade dos territórios onde desenvolvem suas práticas cotidianas? O conceito que possuem sobre saúde e promoção interfere no que consideram como necessidades sociais e problemas de saúde? Esse assunto é objeto de discussão a seguir.

6.2 A REALIDADE DO TERRITÓRIO: PROBLEMAS DE SAÚDE E NECESSIDADES SOCIAIS

O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde descreve com bastante clareza as características da sociedade brasileira à época em que foi proposta a Constituição de 1988:

[...] extremamente estratificada e hierarquizada, a sociedade brasileira caracteriza-se pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária [...] as desigualdades sociais e regionais existentes refletem essas condições estruturais e vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um perfil satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada [...] na presença de um Estado autoritário [...] impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico (Conferência Nacional de Saúde, 1987, p. 383).

As atuais distorções geradas pelo modelo econômico são consequência da adoção de uma política econômica neoliberal, como tentativa de solução da hiperinflação e com o objetivo de reorientar a economia brasileira no sentido da modernização e reinserção do país em um mundo globalizado, apoiando-se basicamente na estabilização, na abertura comercial e financeira e na privatização de empresas e de serviços públicos (Ribeiro, 2009).

Observa-se que a adesão, mesmo que tardia, das políticas de ajuste do Brasil à ideologia mundial calcada na competição, nos

interesses comerciais e financeiros, na lógica do mercado e do consumismo agravou as desigualdades sociais, com o aumento do desemprego, da violência e da pobreza.

Diante desse contexto que problemas com que se depara a ESF é de se esperar que na Atenção Básica os profissionais de saúde convivam diariamente com as desigualdades sociais, as iniquidades e seus reflexos negativos sobre a população dos territórios de atuação.

No presente estudo, o problema das drogas e do narcotráfico foi bastante citado pelas gerentes:

Nós estamos numa região bem na periferia onde o número de usuários de droga é muito grande e o tráfico também. (E1)

[...] quando a gente estava construindo o processo de trabalho eu organizei os agentes comunitários para que cada um fizesse reconhecimento de sua microárea de abrangência. Cada um fez perfil epidemiológico de sua microárea e muitos trouxeram a questão de drogas. Nem tanto do álcool, muitos visualizaram a questão de drogas nos adolescentes. É mais essa questão dos problemas sociais mesmo. (E2)

A gente tem áreas com usuários de droga. (E3)

[...] mas nós ainda temos os pontos de droga. Então assim, você vê adolescente sem família, sendo ainda... Na verdade você não vê a família, porque parece que tá tudo desfragmentado. Então assim, você observa que um dos problemas de saúde é o consumo de droga e ao mesmo tempo a desestruturação familiar. (E4)

São os dois tipos de drogas. Álcool que é droga lícita e a droga ilícita que são a maconha, pasta básica... E aqui infelizmente também, nós temos muitos fornecedores. A dita boca de fumo. Nós temos inúmeras aqui. (E5)

Os agentes comunitários detectam o problema da droga, mas é muito difícil de administrar isso no sentido de fazer estatística porque os pais negam. O jovem pior ainda. O que o agente sabe é a boca pequena. Porque na praça tem movimento determinada hora do dia ou da noite, porque solta bomba determinada hora. Comenta-se que isso é um aviso que chegou a droga. Uma bomba é uma, duas bombas é outra. Então, há mães que não deixam mais os filhos irem para a praça. (E6)

Eu não sei se você vai considerar usuário de droga doença. Eu considero. São os adolescentes. A partir dos dez anos eles já começam a usar droga [...]. Cada vez mais cedo. Antes eram 13, agora com dez anos eles já estão fumando. Está muito relacionado com a questão

familiar. Porque eles falam que não tem carinho. Igual a fala de um adolescente que eu atendi outro dia, que a mãe pegou ele usando droga. Ele tem 16 anos e passou mal quando a mãe viu. Aí a mãe levou ele para o posto. Ele chegou e falou para ela: Tá vendo mãe, se você não me abandonasse, eu não estaria usando droga. Ele queria justificar o erro dele em cima da mãe. Eu falei: - Mãe, vocês precisam sentar e conversar, está faltando diálogo entre vocês. Ela falou assim: Mas eu saio para trabalhar às cinco horas e volto para casa às onze horas da noite, eu sou diarista. (E8)

Questionadas sobre a ascensão do consumo de drogas, as gerentes atribuíram-no à desestruturação familiar, ao sentimento de abandono dos adolescentes, à falta de diálogo, à ausência da mãe do contexto familiar por longos períodos em função do trabalho, às situações socioeconômicas precárias das famílias e a falta de condições de cuidar dos filhos. Em outras palavras: à pobreza que leva à desagregação familiar, pois os pais saem em busca do sustento e quase não veem seus filhos.

Em contextos de vulnerabilidade social, as dificuldades que as famílias enfrentam cotidianamente em relação à pobreza, às drogas, à violência, às precárias condições de vida e à saúde deficiente levam a sua desqualificação, enquanto sistema que exerce a função de guia positivo, apoio emocional e controle social. Os pais passam a ser vistos como pais que não amam que são incapazes de estabelecer vínculos afetivos com seus filhos (Pereira, 2009, p. 122).

Entretanto, em nenhum dos depoimentos evidenciou-se as dimensões macroestruturais que determinam um ambiente fomentador do uso da droga e da criminalidade. Esse fato pode estar relacionado com o enfoque reducionista da maior parte dos estudos sobre o uso de drogas no campo da saúde, que focalizam basicamente os problemas comportamentais e mentais causados pelo uso da droga e as propriedades farmacológicas das drogas em si.

[...] o contexto instaurador do consumo, quando lembrado, exerce a configuração de pano de fundo, marginal à compreensão do fenômeno ou à intervenção. Nesse sentido, o uso de drogas é abordado então como

sendo um fator causal, lançando-se mão quase sempre de um arcabouço teórico- metodológico de cunho funcionalista que classifica o usuário como desviante (Soares, 2007, p. 5).

Os jovens são tomados como um grupo relativamente homogêneo, sem demarcar com clareza as desigualdades de reprodução social entre eles, sendo necessário “analisar o consumo de drogas segundo padrões de sociabilidade em contextos específicos, a partir de categorias macroestruturais” (Soares, 2007, p. 15). Existe, portanto, uma estrutura social e o sistema econômico que se apresentam como terreno fértil ao uso das drogas e ao narcotráfico.

Uma relação bastante contundente entre a maior prevalência do consumo de drogas pela juventude com as transformações advindas do processo de globalização do capital é apontada por Faria (2009) em um estudo que buscou compreender o contexto relacionado ao tráfico de drogas:

[...] É sabido que, no contexto histórico-econômico atual, há um grande contingente humano submetido ao desemprego ou às condições de trabalho precarizadas, em função das exigências impostas pela ordem econômica neoliberal que exclui do mercado de trabalho uma grande camada da população sem condições de atendê-las e sem perspectivas de mudança. Tem-se, assim, uma situação de exclusão social com dimensões estruturais, pois não se referem a uma crise pontual e sim a um contexto mundial onde o social é subsumido ao capital. Tal exclusão social é acompanhada de uma exclusão de cidadania, posto que o Estado, também submetido às regras de mercantilização, pretere seu papel de garantidor do bem-estar social, deixando os excluídos socialmente sem proteção e acesso aos seus direitos de cidadãos. [...] Neste ambiente fértil, o tráfico de drogas mostrou-se como uma atividade econômica que se apresenta como uma oportunidade de inclusão na ordem capitalista, de uma maneira marginal, pois que ilícita e moralmente questionada pela sociedade (Faria, 2009, p. 5).

Nas comunidades de baixa renda, a falta de condições materiais para a subsistência transforma o narcotráfico em uma fonte de recursos ou até mesmo opção de vida, à custa do

envolvimento de jovens que se tornam vítimas da droga e também da violência. Em Campo Grande, esse problema assume grandes proporções, uma vez que o Estado de Mato Grosso do Sul tem uma grande área de fronteira com o Paraguai e a Bolívia, uma das principais rotas internacionais do narcotráfico.

Todavia, não é apenas a questão da utilização de drogas e do narcotráfico que permeiam a realidade dos territórios em que está implantada a ESF. Em um cenário permeado pela exclusão social emergem problemas diversificados e de caráter bastante complexo, que se forem estudados em sua essência estão entrelaçados, pois tem a mesma origem: a forma de organização da sociedade que afeta as condições de vida e o trabalho dos diversos grupos sociais, o que repercute na situação de saúde de indivíduos e grupos sociais.

Nós temos quatro micros áreas. [...] Uma delas é bem característica: muitas tentativas de suicídio, pacientes com problemas emocionais e bastante notificação de violência. (E1)

Nós temos muitas famílias agregadas, nós temos essa parte lá da invasão, que é questão da vigilância sanitária, de saneamento, que é péssimo. (E2)

[...] Não tem trabalho para a população. (E3)

Na violência entra a dependência química, do álcool. [...] Está muito relacionada com o alcoolismo, droga e às vezes você vê que é uma violência que você vê. No que conversa com a família, que você vê dentro da família que é uma questão cultural, de machismo, de qualquer coisa já... Tem muito idoso abandonado, que a família também não dá importância. (E4)

Muitos casos de violência chegam até nós, principalmente contra a criança. E negligência familiar. [...] a gente vê as pessoas o tempo todo aqui dentro da unidade. Ou seja, não tem ocupação, entendeu? [...] as adolescentes cada vez mais jovens ficando grávidas. Eu tenho gestante de 12 anos. Então gravidez na adolescência é outro problema aqui. [...] Pobreza excessiva. Muita gente em risco pela escassez de recursos básicos: alimentação, moradia, vestuário, baixa instrução escolar, não tem. Um grande número de analfabetos, eu me surpreendi quando eu vim para cá. (E5)

[...] Então nós temos as doenças comuns na idade avançada. Normalmente muitos casos de diabetes,

hipertensão e também depressão. Problemas de saúde mental. (E6)

Temos famílias paupérrimas que moram em casas inferiores, construídas em parte com material de alvenaria e em parte com outros materiais. Nesses locais tem problema de usuários de droga, muitos problemas sociais, inclusive de saneamento básico. Existem muitas ruas que não são asfaltadas. (E7)

Sífilis. Promiscuidade por conta da droga. [...] gestante adolescente, usuária de droga. Com 16 anos, muitas vezes já tem três filhos. Para mim isso é um problema. [...] A gente tem umas planilhas em que faz acompanhamento e violência física principalmente contra a mulher. Aqui chegam todos os meses três ou quatro casos de violência contra a mulher. [...] Há uns cinco, seis anos atrás a população não tinha esgoto, não tinha fossa séptica e ainda hoje tem pessoas que fazem cocô ao ar livre. Não tem banheiro em casa, que não tem fossa. [...] Tem também bastante tentativa de suicídio. (E8)

As falas revelam um aspecto paradoxal: embora os gerentes tenham verbalizado conceitos de saúde distantes da perspectiva da determinação social em saúde, percebem problemas relacionados com a questão social, dado que os problemas são tão perturbadores em suas formas de exposição que não há possibilidade de não visualizá-los. Não se restringem as áreas geográficas mais distantes das unidades de saúde, impõem sua presença, espreitando os arredores ou invadindo o espaço físico das unidades de saúde:

A gente vivencia muito a questão até de roubos. Os usuários entram aqui direto. (E1)

No dia que tivemos uma invasão, uma tentativa de assalto ali na copa; ficamos sem a porta e está assim até hoje. À noite fica um grupinho lá na pracinha usando drogas abertamente, livremente. (E2)

E nesse campinho nosso aqui se você for embora às dezessete horas você pode passar ali que você vai ver os jovens se drogando [...] A gente tem medo deles. Eu não fico aqui. (E8)

Os depoimentos revelam as consequências da desigualdade social:

A pobreza aparece como o efeito perverso da década do desenvolvimento econômico, cobrando agora seu tributo na ameaça perturbadora de uma legião de excluídos e

deserdados à que se associa o fantasma da convulsão social, da droga, da violência urbana e do aumento da criminalidade que atemoriza a elite civilizada da sociedade (Telles, 1990, p. 37).

Onde e em que condições as pessoas trabalham? Que condições de moradia usufruem? Que oportunidades são oferecidas com relação à educação e qualificação? Como se alimentam? Que fontes de lazer desfrutam? Que tipos de equipamentos sociais frequentam? A maneira como vivem traduz-se em diferentes necessidades. Elas são determinadas pelos diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo da sociedade capitalista.

Mas o que são necessidades? O conceito de necessidades remete a diversas interpretações e formas de aplicação, a depender da área de conhecimento, bem como das correntes de pensamento, existindo, portanto, vários estudos sobre o tema, com diversas abordagens.

Sem pretender fazer uma análise exaustiva dos diversos entendimentos e sentidos que assumem os termos necessidades e necessidades em saúde, optou-se pela definição de Schraiber e Gonçalves (2000), os quais explicam o termo necessidade 'social' como carecimentos criados e recriados na vida em sociedade ou, de outro modo, como necessidades que, em determinado tempo e espaço, não dizem respeito a esta ou àquela pessoa, mas a muitas delas, e, potencialmente, a todas elas.

Para que as ações de saúde, tanto no âmbito individual como coletivo, tenham um caráter mais resolutivo, é necessário que os trabalhadores e os serviços de saúde identifiquem e atendam as necessidades de saúde. Elas são definidas em função da concepção acerca do processo saúde-doença, bem como em função das aspirações e valores existentes. Assim, as necessidades podem ser reais ou simbólicas e identificadas por diferentes olhares:

O olhar clínico enfatiza a identificação de problemas de saúde no corpo individual. Privilegia o diagnóstico e o tratamento das doenças e a reabilitação do doente. O olhar epidemiológico enfatiza a identificação dos problemas em grupos de população, a partir da caracterização das condições ecológicas ou das condições socioeconômicas e culturais dos diversos grupos. Privilegia ações de educação sanitária, ambiental, alimentos, medicamentos, vetores, água e outros elementos potencialmente nocivos à saúde. No enfoque social a atenção amplia-se para além dos danos e riscos à saúde da população. Nessa visão, o mais importante são os determinantes sociais dos problemas e necessidades. Estes, tratam-se de situações de ordem política, econômica e cultural que compõem as condições de vida da população (Silva, Batistella, Gomes, 2007).

Que olhares as gerentes tem sobre necessidades? Poucas foram as respostas a esse questionamento e a maioria ficou aquém da dimensão e da complexidade dos problemas anteriormente citados:

Então, assim a nossa questão em termos de saúde é mais aquela questão familiar, de acompanhamento de crianças, de agregação familiar, sabe, de acompanhamento mesmo [...]. (E2)

Com relação aos problemas sociais o baixo rendimento que não dão, por exemplo, a oportunidade para a pessoa comprar medicamentos que não tem na rede. Infelizmente não temos tudo. Todo dia se inventa um remédio novo. Essa é uma situação que eu vejo que aflige a população. O ganho é pouco. (E6)

Infraestrutura. Foi pedida uma academia ao ar livre não tem. Eles pediram um CEINF, a gente não tem. O CEINF que atende essa região aqui fica na Morada Verde que é um espaço cedido para a Associação de Moradores. Estruturação da família, dos valores morais e familiares. [...] Eles falam que não conseguem emprego. Falta de qualificação. Não tem estudo porque largam os estudos muito cedo. E falam que largaram os estudos para trabalhar. (E8)

O último depoimento é o que mais se aproximou do enfoque social, pois mencionou a necessidade de serviços básicos. Quando se aborda a questão da reestruturação familiar, denuncia-se o

problema da falta de emprego em virtude da falta de qualificação para o trabalho, ao mesmo tempo em que justifica o abandono da oportunidade de estudar, devido à necessidade de inserção precoce no mercado de trabalho.

Diferentemente do olhar dos gerentes, os ACS têm uma visão mais crítica dos problemas e das necessidades sociais do território. Certamente eles presenciam a circularidade perversa das desigualdades sociais em seu cotidiano de trabalho. O que mais chamou a atenção no depoimento dos ACS é a capacidade que têm em enxergar que os problemas estão interligados. Buscam contextualizar a face cruel da exclusão social e as necessidades sociais articuladas aos problemas que identificam:

Para nós, droga e tráfico é uma questão social. Se tem droga têm roubo; para ter a droga tem que ter o traficante. Para inibir a droga, tem que inibir o traficante. Para inibir o traficante precisamos de segurança pública, policial. Então o problema da droga têm uma necessidade social que é a segurança pública. Então assim se tem droga e tem traficante existe a violência. Estão ligados. Se existe violência existe morte de mulheres direto. Se existe morte de mulheres, existe crime sem mãe. Se existe crime sem mãe, existe criança com depressão, criança com trauma. [...] (OFC 2)

Gestação na adolescência: se existe gestação na adolescência é porque a família não acompanhou isso. Têm-se todos os métodos na saúde porque não são utilizados? Porque essas adolescentes não estão usando? Como esta sendo colocada a prática do uso do preservativo e do anticoncepcional? [...] Qual é o conceito familiar que este adolescente esta tendo? Como está sendo trabalhado o conceito familiar dentro da instituição? [...] Morte no trânsito: se você tem morte no trânsito tem gastos, transtorno na família, depressão. É preciso mais mudança no Código Penal e fiscalização. Emprego e salário: se meu pai é traficante, vende cinco paradinhas e faz cinco reais, por que eu vou trabalhar o mês inteiro para ganhar R\$ 600,00? A desvalorização do trabalho: aquilo que te incentiva, te motiva levantar e ir cedo para trabalhar. E se tem emprego e uma casa, tem 12 pessoas e só duas trabalham. Se duas trabalham, o que as outras têm que fazer? Se movimentar de alguma forma. Mas a questão social de emprego, carteira social assinada, bonitinha, a questão salarial e esse salário defasado que tem [...]. Outra coisa: apoio ao adolescente: Temos apoio ao adolescente? Falamos de apoio, mas a gente não se vê na prática pedagógica colocando o papel adolescente. Se tivesse apoio adolescente não teria droga, tráfico, adolescente grávida,

gestante [...]. Qualificação e desemprego: precisamos de qualificação. O adolescente precisa ser qualificado. Tem um monte de adolescente e as vagas são poucas. [...] A mãe está morando lá na favela, a boca de fumo é ao lado, o filho dela está correndo risco. Precisa aprender o que é o trabalho, a vontade, o desejo de trabalhar, de se tornar um ser melhor... Ela não tem apoio porque o filho dela tem má alimentação, má formação dos dentes, os dentes estão estragados. Ninguém vai pegar seu filho para trabalhar... Infelizmente ele é reprovado. (OFC 2)

Porque agora, de uns tempos para cá, as pessoas estão muito doentes. A doença mental está explodindo imensamente em todos os cantos de Campo Grande. Quando eu comecei a trabalhar, raramente se via alguém. Agora, está um horror [...]. Tem pessoas jovens, não tem idade para surtar. Aquele que fica horas assim, fecha no quarto, não toma banho, não come, não sai de lá. (OFC 5)

A depressão e as tentativas de suicídio nos territórios mencionados pelas gerentes também aparecem nos depoimentos dos ACS. A literatura aponta a estreita relação entre desemprego e doenças mentais. Estudo sobre determinantes sociais e econômicos da saúde mental enfatizam que:

[...] A insegurança laboral, o receio de perder o emprego e a consequente vulnerabilidade, associa-se a baixa autoestima e a sentimentos de humilhação e desespero, especialmente em contextos de falta de suporte social, nos quais a situação de desemprego pode levar à carência dos bens essenciais, nomeadamente alimentação, para o próprio e para a sua família. Esta situação associa-se a elevadas taxas de ansiedade e depressão, bem como suicídio (Alves, Rodrigues, 2010, p. 128).

Os depoimentos emitidos dos ACS revela sua percepção aguçada sobre o território. Essa potencialidade precisa ser valorizada e estimulada pela equipe, porque pode contribuir de forma significativa para a adequação das ações de cuidado às reais necessidades das pessoas.

Os agentes comunitários conhecem profundamente a realidade local porque são parte da comunidade. Conhecem os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades. Representam uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população. Um olhar que revela necessidades de um ponto de vista diferente e que, portanto, abre as

portas para um universo novo de intervenção (Feuerwerker, Almeida, 2000, p. 22).

Além de traduzir para a equipe de saúde a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites, o ACS tem potencial político e social para mobilizar as pessoas. Entretanto, um trabalho nessa perspectiva requer preparo pedagógico consistente e principalmente a adoção pela equipe de um processo de trabalho voltado para a cidadania e a participação social.

O trabalho desenvolvido no campo da saúde tem como finalidade última a satisfação das necessidades estabelecidas na dinâmica social, que podem ser de ordem política, econômica e cultural a depender de como os grupos se inserem na reprodução social, definida como:

O conjunto da vida social caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma em que transformam a natureza, pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de consciência e organização que alcançam (Campaña, 1997, p. 133).

As desigualdades sociais, portanto, não são acidentais, mas produzidas por um conjunto de relações que abrangem as várias esferas da vida social. No nível econômico, tem-se um conjunto de relações que levam à superexploração do trabalho e à concentração das riquezas. No nível político, assiste-se a um processo de exclusão que mantém a grande maioria da população distante das decisões governamentais, o que acaba perpetua o círculo vicioso das condições socioeconômicas, reproduzindo desigualdades em todos os níveis.

Com base nessa compreensão e considerando-se a realidade estudada: Que estratégias devem ser desenvolvidas no processo de trabalho para lidar com a complexidade dos problemas

e necessidades apresentadas? O modo de intervir precisa ser amplo. Para a Saúde Coletiva, essa ampliação significa não só tomar o conceito da determinação social para explicar o processo saúde-doença, mas buscar operacionalizar práticas assistenciais que respondam aos problemas e às necessidades de saúde das diferentes classes sociais, nas raízes dos problemas de saúde.

Encaminhar a política pública de saúde na direção de superação das desigualdades sociais e do direito universal implica desenvolver ações que incorporem a articulação intersetorial, a abordagem interdisciplinar e a participação social. A questão é: Em que medida estas ações permeiam o processo de trabalho das equipes da ESF no município de Campo Grande? É o que se discute a seguir.

6.3 (DES)CAMINHOS E (IM)POSSIBILIDADES DA PROMOÇÃO EM SAÚDE

Na discussão do tema anterior mostrou-se que a crescente complexidade dos fenômenos sociais se reflete de maneira insofismável no campo da saúde. Responder à pluralidade de necessidades passa primeiramente pela compreensão de que a saúde é resultante das condições sociais determinadas pela forma de sociedade e Estado, sendo necessário reconhecer seus determinantes, além de atuar coletivamente no enfrentamento das múltiplas dimensões que as necessidades de saúde expressam (social, psicológica, biológica, cultural).

O modelo biologicista e organicista, cujas práticas de saúde são centradas na atenção médica, são insuficientes para dar conta das questões complexas que envolvem o objeto da saúde. Isso porque, nessa perspectiva, existe a falta de um olhar abrangente sobre a realidade e a prática fragmentada e baseada em

procedimentos técnicos rotineiros não levam em conta os problemas da vida real.

A saúde coletiva é um campo de saberes e de práticas constituído na intersecção do biológico e do social. Fundamenta-se na “interdisciplinaridade como possibilitadora da construção de um conhecimento ampliado da saúde e na multiprofissionalidade como forma de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias”. Seu principal desafio é “compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde” (Nunes, 1994, p. 19).

A promoção da saúde aparece como uma estratégia para lidar com a complexidade do processo saúde-doença, uma vez que engloba diferentes interfaces da realidade objetiva permitindo o reconhecimento dos determinantes e condicionantes da saúde.

Propõe-se a articulação de saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados. Teoricamente, a interdisciplinaridade é o fundamento cognitivo da promoção da saúde e a intersetorialidade sua ferramenta operacional. Mas o que significa interdisciplinaridade?

O prefixo inter, dentre várias conotações que podemos lhe atribuir, tem o significado de troca, reciprocidade e disciplina, de ensino, instrução, ciência. Logo a interdisciplinaridade pode ser compreendida como um ato de troca, de reciprocidade entre as disciplinas ou ciências - ou melhor, de áreas do conhecimento (Japiassú, 1976, p. 23).

A interdisciplinaridade pode ser definida como uma filosofia em que várias disciplinas buscam alcançar objetivos baseados em uma compreensão ampla da realidade. Neste processo, ocorre a troca de saberes, que se transformam em novos conhecimentos, o que permite que um profissional, mesmo sozinho, utilize abordagens diferenciadas baseadas em experiências do trabalho conjunto (Scherer, Pires, 2009).

O propósito da interdisciplinaridade é estabelecer o sentido da unidade na diversidade, promover a superação da visão restrita de mundo e a compreensão da complexidade da realidade (Luck, 2011). Isso se torna possível porque a interdisciplinaridade reconhece a complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a consequente exigência de um olhar plural. Além disso, caracteriza-se pela possibilidade de um trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas em busca de soluções compartilhadas para os problemas de pessoas e instituições.

Ao se instituir um trabalho interdisciplinar pressupõe-se que diversos conhecimentos e competências poderão ser usados para interpretar as necessidades trazidas aos serviços de saúde e intervir coerentemente sobre elas. Assim, as práticas interdisciplinares em saúde podem ser consideradas uma estratégia para que se alcance a integralidade das ações de saúde.

Na conjuntura do SUS, uma conquista na luta pela concretização da interdisciplinaridade foi a institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2004. No documento de proposição da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, o Ministério da Saúde qualificou a Educação Permanente como o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, que incorpora o aprender e o ensinar ao cotidiano das organizações e ao trabalho em saúde (Brasil, 2004b).

É, portanto, sobre a perspectiva de produção de sentidos do cotidiano que se assenta a Educação Permanente em Saúde, que se concretiza na medida em que ocorre o processo de reflexão da equipe acerca do cotidiano de trabalho, problematizando situações e buscando estratégias para sua transformação (Ceccin, 2005).

Tendo-se como escopo a interdisciplinaridade das ações e novas estratégias de gestão do trabalho em saúde com vistas à integralidade da atenção, o Ministério da Saúde também criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria

GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, cujo propósito é repensar a formação e as práticas em saúde vivenciadas até o momento pela ESF.

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (Brasil, 2009a, p. 7).

De acordo com a Portaria nº 154, existem duas modalidades de NASF: o NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, dentre os quais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de ESF, exceto nos estados da Região Norte, em que o número mínimo passa a ser cinco.

O NASF 2 deve ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, e vincular-se no mínimo a três equipes de ESF.

A composição dos profissionais do NASF é definida pelos gestores conforme a prioridade identificada através das necessidades locais e disponibilidade de profissionais das diferentes áreas de atuação.

O NASF traz como ferramentas (ou dispositivos) o matriciamento, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território para a realização do cuidado ao usuário e qualificação das ações das equipes (Brasil, 2008).

O conceito matriciamento tem significados interessantes: vem derivado do prefixo *matrix*, que designa “lugar onde se gera e se cria”, e foi “utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais” (Campos, Domiti, 2007, p. 402). Transportando essa noção para a Atenção Básica, se quer suscitar a necessidade de uma relação horizontal entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família com os profissionais especialistas do NASF.

No contexto da Atenção Básica, o matriciamento é uma metodologia de trabalho que objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes da ESF por meio de suporte técnico-assistencial e pedagógico. Entende-se por retaguarda assistencial aquela que vai produzir a ação clínica com os usuários e o suporte técnico-pedagógico como o que vai produzir a ação de apoio educativo com e para a equipe ESF e para a própria equipe NASF.

A clínica ampliada é o aspecto norteador do NASF. Significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários, ou seja, reconhecer os limites do conhecimento de cada profissional e buscar conhecimentos de outras áreas. Para tanto é necessária uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e a capacidade de construir sínteses singulares, transpondo os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde. A proposta fundamental é estimular os trabalhadores a refletir acerca das questões culturais e sociais de modo que as intervenções sejam humanizadas, críticas e reflexivas em direção da integralidade da assistência (Alves, Aerts, 2011).

Há ainda, a necessidade de organizar os projetos assistenciais, objetivando a ampliação das intervenções. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) designa o movimento de coprodução e cogestão do cuidado, em busca de um conjunto de propostas e

condutas terapêuticas articuladas, envolvendo o profissional, a equipe de saúde, os usuários e a família em situação de vulnerabilidade. Deve, portanto, contemplar o saber de toda a equipe e do usuário.

A cogestão do PTS é uma maneira de aumentar a capacidade de análise e intervenção das equipes e da coletividade, diminuindo o sentimento de impotência diante de desafios considerados impossíveis para descobrir alternativas antes impensadas (Campos, Domitti, 2007).

A consulta ao usuário também pode ser feita de forma compartilhada, o que pode se dar por meio de atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência, potencializando o atendimento e dando mais resolutividade ao caso (Campos, Domitti, 2007).

O PTS processa-se em quatro momentos não estanques: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (Oliveira, 2008).

No diagnóstico, realiza-se uma avaliação e busca-se uma fotografia dos aspectos que há no caso, seja ele individual ou coletivo. É importante conhecer desde os aspectos objetivos até os mais subjetivos, visando favorecer a construção singular e a resolução do problema apresentado. A equipe, em conjunto, precisa compreender como o sujeito singular vive diante da vida e da situação de adoecimento, como e quais são os seus desejos, interesses, limites, potencialidades, crenças e valores culturais. Dessa forma, aumentam as possibilidades dos profissionais desenvolverem o PTS que responda às reais necessidades dos sujeitos, estes precisam sempre fazer parte do processo de construção (Oliveira, 2008).

Na definição de metas, é o momento em que a equipe inicia um trabalho claro de definição das propostas a partir dos problemas encontrados. Vale salientar que essas metas podem ser em curto,

médio e longo prazo e devem ser acordadas entre as pessoas envolvidas no processo. Na divisão de responsabilidades, o espaço em que são definidos os responsáveis por determinadas ações, é tão importante quanto definir tarefas. É interessante escolher os profissionais responsáveis pelas ações e reavaliações. Por fim, a avaliação é a etapa em que se avalia se o PTS evoluiu: se houve problemas ou se não foi possível realizar algo, para, a partir daí, fortalecer as ações que deram certo e modificar ou corrigir os rumos tomados.

O Projeto de Saúde no Território (PST) é uma estratégia para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços de saúde do território e outros setores e políticas. Visa produzir impacto na produção da saúde territorial, tendo-se como foco investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos, famílias, grupos sociais e coletividades (Brasil, 2009a).

Na prática, para operar todos esses dispositivos é muito importante o apoio da gestão e a disponibilidade de espaço físico para trocas e discussões entre os profissionais.

A reunião de equipe é um dos momentos oportunos para que os profissionais de saúde reflitam criticamente sobre os problemas do cotidiano de trabalho e as necessidades da população, promovam a construção coletiva do saber e estabeleçam práticas criativas de intervenção (projetos assistenciais e atendimentos compartilhados) para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Que distâncias e aproximações existem entre a proposta que se evidencia na letra constitucional e a realidade do município de Campo Grande com relação à educação permanente? Qual é o entendimento sobre educação permanente? Como têm se dado a organização e o desenvolvimento da atenção à saúde pelos NASF? Que percepções os trabalhadores têm em relação aos encontros com os profissionais do NASF?

6.3.1 A educação permanente na realidade de trabalho dos ACS

No presente estudo identificou-se que a maioria das gerentes compreende a educação permanente como atualização, mas não necessariamente para a realidade sanitária do trabalho e da formação em serviço:

Educação permanente em serviço seriam os cursos oferecidos pela Secretaria. (E5)

Educação permanente é um constante ensinar. Não falo reciclar, porque a gente não é lixo. É uma constância no estudo para aquilo que você se propõe a fazer no seu serviço. (E6)

Educação permanente, o próprio nome já diz, não é? Eu acho que nós não somos seres que sabemos tudo. Mas, na nossa vida, seja qual área de atuação, vida familiar ou que for nossa vida é um constante aprender. Na área de saúde não é diferente. [...] Eu tenho sentido na Secretaria que às vezes ainda está faltando em alguns aspectos essa questão da educação permanente. Ou seja, certos quesitos são deixados de lado. Às vezes nós temos um curso aqui, mas deixamos de ter outro ali. [...] Sinto falta também de educação permanente ou educação continuada. Então acho que nessa questão nós pecamos, estamos aquém, mas vejo uma luz no túnel, que a gente vê que tem alguns, meio esporádico, mas temos alguma coisa. (E7)

Eu acho que a educação permanente para os funcionários são aqueles cursos que são oferecidos mensalmente para eles estarem se aprimorando. Que vem da Secretaria, que a gente faz aqui também. Porque eu posso fazer aqui também. Eu posso numa reunião estar passando a minha experiência para eles e eles podem estar melhorando aquela visão que têm do atendimento em uma unidade de saúde. Eu entendo isso. (E8)

A que responde a demanda por transmissão ou atualização de conhecimentos? Certamente não é para a consolidação de práticas voltadas à resolutividade dos problemas de saúde das populações locais. Esse modo de formação no campo da saúde é para o trabalho, contudo, não no trabalho e muito menos para o SUS.

A educação permanente tem como premissa a aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos). Propõe que a transformação nas práticas profissionais fundamente-se na reflexão crítica sobre práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (Brasil, 2004c).

Já educação continuada adota o modelo escolar e acadêmico para promover a capacitação dos profissionais da saúde com fins de atualização (Davini, 2009). Mesmo assim, os cursos podem ser um espaço de encontro quando se considera o que se vive no cotidiano das práticas. O enfoque da educação continuada pode ser utilizado de forma complementar a educação permanente, mediante uma prévia avaliação de sua pertinência frente aos objetivos a serem alcançados:

[...] ano passado teve uma programação certinha onde as enfermeiras faziam cronogramas dos temas que o agente comunitário tinha dúvida [...] Eles traziam o tema que eles queriam ter mais conhecimento e aí de acordo com o cronograma, cada uma das enfermeiras executava na sexta feira à tarde. Isso foi um processo que eu creio de educação permanente. Porque teve várias dúvidas que eles tiraram, do tipo: você entrega um calendário de vacina, explica para o agente que acabou de entrar [...] É diferente de você fazer uma capacitação [...] **(E4)**

Uma das premissas da educação permanente é a aprendizagem significativa, que parte do desconforto, do incômodo, daquilo que se apresenta de forma insuficiente, seja na organização dos processos de trabalho, seja na maneira de pensar e agir diante de um problema. Se esse problema tem significado para o sujeito, então, pode-se desenvolver um aprendizado significativo:

[...] Eu até nem sabia que era educação permanente que eu tinha feito e achei muito bacana. Porque teve um conflito dentro da Unidade: o médico achava que a enfermeira trabalhava menos do que ele, porque a enfermeira tinha que avaliar mais, o agente comunitário achava que o pessoal que trabalhava dentro da Unidade trabalhava menos. Então, espera aí, vamos fazer um workshop e cada sexta-feira à tarde uma categoria vai falar quais são suas atribuições. Então foi muito engraçado. Foi mais um momento de desabafo de todo

mundo em cada sexta-feira. Começou pelos agentes comunitários e eles foram falar das suas atribuições para o pessoal da equipe poder entender que o agente comunitário não está na rua batendo perna. Ele tem toda uma função, os acompanhamentos, as fichas que ele tem para preencher, o seguimento do hipertenso, do diabético, da gestante. Então, nesse dia eu mostrei e aí vieram os técnicos de enfermagem que falaram que o serviço deles não é só triagem, só curativo, que tinha muito mais para ser feito [...] Eu acabei fazendo isso para acabar com um conflito e me disseram que isso é educação permanente também. (E1)

A potência da educação permanente em saúde enquanto proposta pedagógica a ser desenvolvida a partir dos saberes e fazeres do cotidiano de trabalho foi evidenciado em uma fala:

Então, a educação permanente é assim, a Secretaria até tem. Têm os cursos oferecidos de atualização, de conhecimento técnico. Mas a questão da educação permanente em minha opinião deveria ser nas equipes, na rotina, no cotidiano. Até tem uma proposta, a gente estava conversando com o NASF. Inclusive uma das matrizes de intervenção quando a gente faz aquela avaliação dentro do PAMQ, em que a gente faz uma avaliação, uma autoavaliação da equipe e do serviço, tem uma matriz de intervenção daquilo que a gente precisa melhorar. Numa dessas matrizes, [...] a gente coloca a questão da educação continuada, da educação permanente. O que é isso? Nós vamos ter um período por quinzena para cada equipe. Para fazer o quê? A fono do NASF, todos os profissionais do NASF vão falar, a enfermeira fala, o médico fala, toda demanda que a equipe vivencia na rotina. Então nós temos essa proposta. E mais que isso, eu acredito que nós, eu já tenho um instrumento muito bacana, que são as reuniões de equipe de sexta-feira, já garantidas. Dentro dessas reuniões é que se sai projeto terapêutico singular, que se sai estudo de caso. Isso também faz parte. (E2)

Embora o depoimento não deixe clara a diferença conceitual entre educação continuada e permanente, o modo de operação do saber que propõe pode agenciar mudanças institucionais, uma vez que defende a democratização da gestão, incluindo diferentes sujeitos (profissionais em saúde) no processo de análise e intervenção nos problemas do cotidiano do trabalho. Teoricamente essa visão aproxima-se do conceito de cogestão para fixar uma

proposta de governança em que todos têm graus de autonomia e as decisões são conjuntas e compartilhadas (Campos, 1998).

Ampliar a capacidade de entendimento, análise e reflexão sobre o processo de trabalho passa necessariamente pelo estabelecimento de espaços rotineiros de reunião. No município de Campo Grande embora tenha sido padronizado a utilização semanal do período vespertino das sextas-feiras para a realização de reunião pelas equipes da ESF, as unidades não podem fechar totalmente. Elas funcionam de modo ininterrupto e isso inviabiliza a participação de todos profissionais:

Os assistentes administrativos não conseguem acompanhar, porque eu tenho defasagem. Se eu tiro, tenho reclamação de demora pela recepção. Eu tenho a farmacêutica, que tem que estar lá na farmácia [...] (E2)

[...] temos dificuldades com relação a essa reunião. Porque às sextas-feiras a Unidade fica aberta [...] e fica só um técnico de enfermagem atendendo os procedimentos e um atendendo na recepção, um na farmácia. [...] Porque na prática o fluxo de pacientes na Unidade é muito pouco reduzido. Muitas vezes eles vêm à Unidade e interrompem a reunião de equipe. Eles falam: - Eu preciso falar com a enfermeira, eu a vi aqui. Tem de sair da reunião para resolver demandas. [...] Temos um número limitado de funcionários administrativos. Eu estou com um administrativo afastado há dois anos. Então a gente tem um número limitado. Na sexta-feira abre agendamento de exames de especialidades no período da manhã. O dia inteiro vem paciente verificar se foi possível o agendamento de especialista. A recepção é movimentada. E aí o administrativo [...] É uma coisa que a gente é contra, porque o administrativo é membro da equipe. O administrativo é que atende os pacientes aqui na Unidade. (E3)

A gente faz com todos os profissionais. Eu procuro ter pelo menos um dentista, um técnico de enfermagem, para que eles repassem para os outros. A Unidade não pode ficar fechada. (E4)

Não fecha a Unidade, fica administrativo aqui na frente, fica um técnico no curativo, um na sala de triagem, fica outro na sala de vacina e mais um na farmácia, fazendo atendimento essencial. Não pode fechar. Inalação, medicação, atendimento na recepção. (E7)

Existem também dificuldades relacionadas principalmente com os profissionais da área médica, os quais não participam das reuniões de equipe em virtude da incompatibilidade de horário:

Eu estou com uma equipe em que tenho dois médicos de 20 horas. Um atende no período de manhã e outro atende no período da tarde. Esse médico de 20 horas também tem a meta dele, precisa cumprir a produtividade, precisa receber, tem a quantidade de pacientes. Então, assim, na sexta-feira à tarde eu tenho uma médica que atende o paciente. Essa equipe fica prejudicada na reunião de equipe. É uma equipe que não consegue se reunir, porque o médico não está presente. (E3)

Infelizmente o doutor A é do Programa Mais Médico, felizmente para ele, infelizmente para a Unidade, porque a gente fica sem o profissional. Às sextas-feiras eles participam de uma pós-graduação, que é uma exigência do Programa Mais Médico. Então sexta-feira ele não vem à Unidade. Ele nunca participa das reuniões. É a Dra. N que participa dessas reuniões sempre. A não ser no dia que ela esta fazendo uma pós-graduação que não é aqui em Campo Grande. Então, uma vez por mês ela não participa. (E5)

Médico do Programa Mais Médico não é obrigado ir às sextas, PROVAB também não é obrigado ir à sextas-feiras [...] dia de reunião de equipe. Eles não são obrigados. Eles têm esse dia para estudar. (OFC 5)

Afora os motivos supracitados de não participação, foi relatado que a ausência por parte dos dentistas e principalmente dos profissionais médicos é frequente em várias unidades:

Só que eu tenho uma exceção, um profissional que eu tenho que [...] É um desgaste para ele participar da reunião. [...] Tem um Dr. na frente e não acha importante, não vem às reuniões. Aí fica difícil, né, porque é o momento que cada equipe consegue conversar com tempo. Se não vem, fica difícil. (E2)

Eu tenho médico que é envolvido e tenho médico que não conseguiu, até porque está há pouco tempo na Unidade de Saúde, não conseguiu entrar no ritmo ainda. Está há apenas um mês na Unidade. Não conseguimos passar para ele que precisa participar ativamente da reunião, acho que de repente ele se acha diferente. (E3)

Na verdade quem não participa são só os médicos. Eles comparecem à Unidade, mas acabam não entrando na sala de reunião. Já foram convidados mas [...]. Eu acredito que onde os médicos participam é Unidade nova ou que já tem o hábito. Quando eu entrei aqui já estava difícil de fazer a reunião de equipe com eles, com

a participação de dentista, recepção. Hoje eu ainda consigo essa adesão, mas eu percebo que foi assim um trabalho de formiga. É, porque se eu chegasse [...]. (E4)

[...] Eu tenho os agentes de saúde, os administrativos, os técnicos de enfermagem, mas meus dentistas e meus médicos não ficam. A questão também é porque eles têm consultório. O nosso grande empecilho é esse aí: eles têm consultório. O grande nó. Eles não têm aquele vínculo. Eu só tenho esse emprego. Então eu fico aqui disponível oito horas. Eles não. [...] A gente faz uma negociação assim. Antes acho que eles nem ficavam. Eles iam embora na sexta-feira, nem apareciam. Aí eu comecei a pegar no pé e eles começaram a ficar até às 15h00min. No pé assim. Comecei a dizer: Você vem, fica comigo até pelo menos até terminar minha fala. [...] Aqui toda vez que eu falo que vai ter reunião. Chefe vai ter reunião sexta feira? Vai, por que não? Já está no protocolo da Saúde da Família. Eu faço caras e bocas pergunto: por que não? Porque você está me perguntando se vai ter reunião? (E8)

Os depoimentos refletem o que os debates atuais têm abordado com relação à formação médica. O perfil dos profissionais formados apresenta um conjunto de características negativas para atuar no contexto das necessidades sociais e na organização do SUS:

Pouco conhecimento e nenhum compromisso com a organização do Sistema Único de Saúde [...]; Pouca compreensão da importância do trabalho em equipe multiprofissional, com integração de conhecimentos interdisciplinares [...]; Não comprometido com aspectos políticos e sociais que propiciem a busca de soluções para os problemas de saúde da população [...]; com fraco conhecimento da realidade situacional, do ambiente e das condições de vida das famílias nas comunidades; pouco envolvimento com aspectos administrativos e gerenciais da gestão da saúde pública (Amoretti, 2005, p. 141).

A ESF propõe mudanças importantes na organização do trabalho dos profissionais de saúde de nível superior. A atuação deve contemplar ações assistenciais, educativas e coletivas, em conjunto com os demais profissionais da equipe, bem como participação no planejamento e na organização do processo de trabalho. O envolvimento nas reuniões de equipe, portanto, é fundamental para a discussão e a construção coletiva de uma

dinâmica de trabalho que articule objetivos compartilhados. Infelizmente esse processo não está ocorrendo plenamente no município. Por outro lado, também não adianta estar apenas de presente e não interagir com outros profissionais:

E tem os outros profissionais que não se sentem, eles acham que não tem o que contribuir para a equipe. Por exemplo, o ASB, o auxiliar do dentista, ele frequenta a reunião, mas não fala, não se expõe, ele fica lá. A gente vê que muitas vezes ele não se sente, acha que não tem com o que contribuir para aquele grupo. (E3)

A odontologia mesmo é um setor totalmente desvinculado da unidade. A gente vê que entram, atendem e saem. Não tem uma integração. Agora que a gente está tentando trazer. (E5)

Os profissionais médicos vêm na reunião normalmente. Quando tem compromisso, eles sempre me avisam. [...]. Ele faltou semana passada. Mas normalmente os dois médicos vem. Eles ficam dormindo, lá sentados, mas vem. [...]. Eu gostaria de uma participação maior. (E6)

Na literatura a dificuldade de integração dos profissionais da odontologia com os demais membros da ESF tem sido bastante estudada. Os fatores da não integração estão relacionados à inadequada formação dos profissionais de saúde, a valorização do trabalho especializado e a falta de experiência na interação com outras categorias profissionais (Kell, Shimizu, 2010). Cabe salientar ainda que, a permanência de muitos profissionais é apenas no primeiro momento da reunião, ocasião em que a gerente passa os informes emanados da Secretaria Municipal de Saúde:

Aqui nós fizemos as reuniões, todos vêm, mas o que eu noto é que às quinze horas, quinze e trinta da tarde dá uma vontade imensa de ir embora. [...] Eu tive que muitas vezes lembrar que sexta feira é um dia comum como outro qualquer. O nosso compromisso com a SESAU é de segunda a sexta das sete da manhã às dezessete horas. Não preciso falar mais nada. Eu não vou ficar aqui amarrando ninguém no pé da mesa. O que é preconizado pela ESF não existe. Existem tentativas, mas não posso falar por outra unidade, porque eu não conheço. (E6)

Só no primeiro momento, enquanto estou falando. Eu terminei minha fala, eles fazem as perguntas e eu não consigo segurar. (E8)

Lá na minha unidade é assim, antes do PMAQ a reunião era a enfermeira e agente de saúde. Agora está assim: reunião geral com a gerente. Médico esta lá, assistente social esta lá. Mas quando acaba a reunião geral (risos) só fica a gente e a enfermeira. Ai fica aquilo ali só. Acabou. Quantas visitas fez pá, pá e fala um assunto, fala outro, se discute ali, tá entendendo? Há, vou ver com as meninas. Ai tá passou. Eu sou agente de saúde há nove anos. (OFC 4)

O segundo momento destinado à reunião das equipes não ocorreu com todos os profissionais. Alguns depoimentos mostrou que a responsabilidade na condução do segundo momento só aconteceu com a presença do enfermeiro ou dependeu da iniciativa e do direcionamento dos gerentes.

Elas podem ficar sozinhas porque o meu tempo não é mais do uma hora, quarenta minutos. Eu falo e daí eu pergunto: por favor, agora vocês podem discutir sozinhos. Todos ficam de pé: Nós já podemos ir? (E3)

Não é só o gerente que tem que levar o tema pra reunião. Eu acho que todos devem contribuir com algo para discussão. (E4)

[...] existe uma cultura que eu baniria que é: reunião de equipe só acontece se tiver enfermeiro. Infelizmente ainda existe arraigado na mente, no conceito dos profissionais, que se não tiver enfermeiro, não tem reunião. Alguns querem fazer outras coisas, alguns querem ir até embora. Eu costumo dizer: é horário de trabalho e nós temos que cumprir. É dia de reunião, tendo ou não reunião, é horário de trabalho. Ou vai digitar se não tiver reunião, mas normalmente nós temos as reuniões. (E7)

Eu faço isso em reunião. Eu pergunto o que ocorreu hoje com a equipe tal? Um caso que vocês tiveram hoje [...] Aí eles falam, a gente discute ali, mas no grande grupo. Eles sozinhos não conseguem não. (E8)

Qual têm sido o significado e o sentido do trabalho para os profissionais de saúde do município de Campo Grande? O trabalho é um caminho para a constituição de sujeitos e de coletivos ou se restringe apenas a um processo produtivo? É urgentemente necessário:

[...] repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho. Entendê-lo com uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos. O

trabalho significa não somente um meio para assegurar o sustento material, mas também implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades (Campos, Domitti, 2007, p. 14).

Essas reflexões vão de encontro com as preocupações dos profissionais que atuam na Secretaria Municipal de Saúde:

[...] há necessidade de mudar o processo de trabalho. Precisamos urgentemente. Eu sei do stress que é para muitos gerentes e enfermeiros conduzir o trabalho. Fica muito na responsabilidade do gerente e muito do enfermeiro as reuniões acontecerem. A gente vê a resistência de muitos profissionais, principalmente médicos em sentar e participar das discussões da equipe. Por quê? Porque para ele aquilo não tem significado. Enquanto não tiver significado ele não vai estar [...]. Só que a maioria acaba sendo um stress para o gerente porque ele tenta juntar os profissionais e não consegue, porque eles não vêm. É um dia que muitos acabam apresentando atestado ou inventam alguma desculpa ou é outra coisa. Como não tem agenda para fazer outra coisa [...]. (E9)

E a atuação do NASF diante de todo esse contexto? Embora o processo de trabalho dos NASF proponha uma profunda transformação nas práticas das equipes da ESF, isso só pode ser efetivado se houver uma dinâmica de trabalho interdisciplinar, uma vez que o NASF é uma estratégia pautada na proposta da Educação Permanente em Saúde. Possivelmente, considerando-se o exposto até o momento, a proposta enfrentará muitos desafios. No município de Campo Grande a implantação é recente e nem todas as equipes contam com o NASF.

O NASF começou em 2008. É recente, 2008, 2009. A primeira equipe NASF foi lá do Jardim Seminário. Nós temos somente cinco equipes NASF. Nossa cobertura [...] é bem pequena. (E9)

[...] Uma pessoa. Cada um vai para um posto. Eles são divididos, ainda não tem para todos os postos. São apoiadores. Então eles vêm, tem que saber um pouco de tudo. Nós temos o livro de demanda. Eu posso te mostrar, a gente vai colocando o nome da família, o nome do paciente, onde ele mora e o dia que a psicóloga pode vir ou a nutricionista, quem precisa vir. (E6)

Também foi possível perceber que existem distintas realidades e múltiplas experiências com relação à atuação do NASF. O depoimento a seguir reflete restrições nas condições de trabalho:

Outra coisa que nós realmente não tínhamos aqui era a discussão de casos na sexta-feira. Aí houve a cobrança do NASF. Falei: - Desde que eu entrei na unidade, nunca vi discussão de caso. Até porque nossas reuniões ocorrem na sala de espera, a Unidade não fecha. Então, eu sinceramente, não acho coerente, ou seja, prudente você discutir casos ali. Trazer uma família [...] discutir o caso de tal família. Falaram: - A gente pode discutir falando só as iniciais. Fica uma coisa muito truncada. Eu não tenho uma sala que comporte todo mundo. Aqui a gente não tem. Então, essa estrutura que você está vendo aqui, foi trazida pelos acadêmicos de fisioterapia. Nós não tínhamos essas cadeiras aqui. Agora quem sabe a gente consiga fazer reunião. Mas, ainda assim, o número de cadeiras é insuficiente para a equipe toda. (E5)

O documento que contém as diretrizes do NASF não aborda orientações acerca dos recursos materiais, infraestrutura e equipamentos necessários para a realização do trabalho. Entretanto, os municípios recebem incentivos para implantação e custeio mensal dos NASF. É justo, portanto, que se disponha de espaço físico adequado para reuniões e atendimentos compartilhados.

Em alguns casos parece existir ausência de acompanhamento das equipes de NASF e dificuldades de instauração de trabalhos conjuntos com as equipes da ESF:

Envolvimento deles eu não sinto. Se você perguntar para os meus funcionários, eles vão falar que não tem. Eu estou chegando agora, eu ainda fico pensando se funciona ou não. É o que eles falam. A única diferença é que tem nutricionista e fisioterapeuta e eles vêm. Só que assim: eles chegam aqui e querem tudo na mão. Eles não têm aquele vínculo com a Unidade. Não sei se em toda Unidade acontece dessa forma. Eles chegam aqui e falam assim: - Tem três pacientes para visitar hoje: dona fulana, seu ciclano. Aí eu falo para eles: - Você trouxe a folhinha do paciente? Não. Como vai fazer a visita se não tem os dados? Fica complicado, não é? Teve um dia que a assistente social estava de férias, fazia um mês que eu estava aqui. Você precisa ir com a gente. Tem que ir alguém da unidade. Entrei com eles e fui. Perguntei: - Qual é o endereço? Você não tem? Não. Você me chamou agora para te acompanhar. Eu cheguei agora. Eu estou indo enquanto gerente do PSF e

assistente social porque sou conhecida da área, para vocês serem bem recebidos. Falaram: - A assistente social conhece tudo. Sim, ela tem cinco anos que está aqui e conhece todo mundo. Eu cheguei agora. Nós tivemos que voltar à Unidade para ver com os meninos o endereço. Para mim tinham que ter trazido o endereço. Não estão acompanhando? Ou então vir antes à Unidade para pegar o endereço. Aí fiquei meio “assim” com o NASF. (E8)

Possivelmente a necessidade do NASF em acompanhar um número grande de equipes, dificulte o vínculo com o território. A fala a seguir evidencia um exemplo de ação direcionada ao estudo de caso:

Eu nem estava presente nesse estudo de caso, no último que ocorreu. Mas a gente tem uma família aqui com duas crianças portadoras de necessidades especiais e os pais são resistentes ao extremo. Na minha concepção, o pai tira proveito da necessidade dos filhos. Ele acha que tudo é obrigação do Estado, obrigação da Unidade. Ele não quer ter obrigação nenhuma. E esse é um caso que existe desde que a Unidade foi criada. Tenta-se resolver e infelizmente, nada. A gente fica patinando [...]. Tem umas coisas assim [...] Por isso os agentes não gostam muito dessas discussões de caso. Porque é uma coisa que a gente não consegue evoluir. Muitas vezes a gente não consegue achar a solução, o que fazer. (E5)

O exemplo revela que o processo de trabalho do NASF ainda tem um cunho assistencialista e imediatista. O matriciamento é um processo lento que depende muito da disponibilidade e do interesse das equipes da ESF para reflexões coletivas sobre as necessidades do território, dos indivíduos e famílias, com vistas à construção de intervenções conjuntas. Há que se questionar se a formação acadêmica dos apoiadores subsidia sua atuação em um contexto ampliado de saúde.

Os depoimentos de parte dos ACS revelam que existe um entendimento reduzido ou equivocado acerca da proposta e até dificuldades de aceitação da mesma:

O que eu falei aqui para eles e estava conversando no grupo a respeito do NASF é que eles são muito limitados. [...]. O NASF só pode fazer consulta compartilhada. Ou seja, muitas vezes o NASF não pode

sanar a necessidade do paciente porque ele vai ser simplesmente um apoio junto com os demais. Você faz um grupo de tabagismo e ele está lá. Você faz um grupo de nutrição e ele está lá. Mas vamos supor que aquela pessoa que faz fisioterapia, o que o fisioterapeuta vai fazer? Ele só vai orientar. O psicólogo faz a mesma coisa. Então, essa é a dificuldade, a limitação. [...] A política do NASF não tem boa resolatividade para a saúde pública, principalmente na Atenção Primária que precisa. Não tem. **(OFC 3)**

O NASF veio para fazer o apoio para a saúde da família, mas que tipo de apoio? Para ele ir lá, conversar, fazer reunião. Isso nós já fazemos. Isso aí enfermeira já faz, a médica já faz, a assistente social já faz. Agora a resolução de uma fisioterapia de um acamado que está lá, ele não vai fazer. Ele vai fazer orientação para o cuidador, para a cuidadora fazer, isso a enfermeira também já faz. São essas questões que a gente vê. E outra coisa também: o profissional do NASF chega lá na unidade e senta para a gente ver a presença dele. Mas daí e tal, termina a reunião, ele vai embora. O NASF está presente? Ele está ali ou não está? **(OFC 3)**

Eu acho que deveria por os profissionais do NASF no SISREG para atender, do que ficar aumentando NASF. No NASF também tem farmacêutico. As unidades de saúde, a gente sabe que não tem farmacêutico, só administrativo. Já houve muita entrega de medicação errada por causa disso. E eu não vejo o farmacêutico do NASF fazer esse apoio ao pessoal administrativo. Se o trabalho dele é esse: apoio à saúde da família. **(OFC 3)**

As unidades de PSF não entregam medicamentos controlados porque não tem farmacêutico na farmácia. Se tem farmacêutico na equipe do NASF, porque ele não tira um dia da semana e supre a demanda da falta de farmacêutico nas Unidades Básicas? Vamos supor: quarta-feira ele vai lá à Unidade Básica em que eu trabalho. Atende todos os problemas de remédio controlado e entrega, já que não tem um farmacêutico para atender na farmácia. Amanhã ele vai a outro PSF... Porque às vezes tem a medicação, mas é distante para as pessoas terem acesso. Se ele é farmacêutico, se ele está na equipe, se ele é o apoiador, ele tira um dia da semana e cumpre o papel dele de farmacêutico [...] **(OFC 3)**

A nossa farmacêutica do NASF chegou lá hoje, sentou lá e ficou lá. E aí incomoda o profissional da área da saúde que está trabalhando. Porque ele quer um resultado do NASF. Aí você vê um profissional sentado lá, desocupado, sem fazer nada e ganhando. Incomoda. Então tem que arrumar um serviço para eles trabalharem mesmo. Aí sabe o que está acontecendo? Os funcionários que estão trabalhando pensam assim: será que ele é um 'olhometro'? Será que é um fiscal? **(OFC 3)**

A função do NASF é apoiar as ações da ESF com vistas a ampliar e qualificar suas possibilidades de intervenção e aumentar sua resolutividade e não suprir a falta de recursos humanos. A expectativa dos ACS, entretanto, é que os profissionais realizem consultas porque há uma dificuldade de vagas para especialidades ou falta de profissional farmacêutico nas unidades da ESF. Esse fato dificulta a organização de trabalho baseada no apoio às equipes.

Apesar dos aspectos até aqui colocados, caracterizados por instabilidades e adversidades de diferentes ordens, também foram relatadas experiências positivas com relação ao NASF:

Tem esses grupos em parceria com o NASF, que trabalha a temática de prevenção, por exemplo, o Emagreça SUS, que trabalha questão de nutrição, do emagrecimento mesmo. Nós temos uma fila de espera enorme já para o ano que vem. Nós temos um trabalho com o servidor também. (E2)

Esta sendo interessante, não faz muito que foi implantado isso, porque o NASF é novo na nossa região. Atuam com a gente do ano passado para cá, mais próximos da gente. Então o que acontece: temos um caso interessante, o enfermeiro agenda ou o médico pede e chama o profissional diretamente ligado do NASF. Eles vêm se for mais que um vem nutricionista, psicólogo. Aí sentam na consulta, analisam o caso. (E7)

Eu estava falando para o pessoal. Lá na minha unidade o NASF funciona. E muito. Todas as áreas, todos os campos; nutricionista, preparador físico, todos eles trabalham muito. Hoje, por exemplo, tivemos caminhada. Deu mais de 40 pessoas. O educador físico é o J. Ele anima mesmo. Tivemos caminhada da dengue ontem no Parque Airton Senna com todo mundo, as escolas foram. Ele fez um alongamento, muito bom. Lá o NASF funciona. Só que lá o NASF é assim: o M, por exemplo, é o fisioterapeuta. Ele pega a pasta, coloca na sala da gerência onde todo mundo tem acesso. Aí você nem precisa falar nada para a enfermeira. Você chega e coloca assim: - ACS H, microárea tal, endereço tal, paciente tal. Ele chega lá cedo, pega essa pasta e vai ver seu paciente. Pelo menos essa questão está tranquila. (OFC 3)

O profissional da educação física dá atividade, inclusive toda segunda e sexta. Ele se propôs, montou o grupo, vai lá e faz. Então ele como educador físico faz o trabalho com as pessoas que querem dentro da Unidade, usando o espaço que a Unidade tem e quem está com vontade pode ir lá fazer. (OFC 3)

Uma vez por mês, a gente atende só hipertenso e diabético fora da unidade. É o espaço que a gente têm

que a doutora sai da unidade e a gente vai atender as pessoas. Sempre quando ela vai leva os acadêmicos para ajudar e também leva alguém do NASF para fazer alguma atividade educativa, ou a fonoaudióloga, ou o educador físico, ou a fisioterapeuta porque o NASF só pode ir se a gente estiver junto. Eles falam, eles explicam, eles explicam. (OFC 3)

[...] se é preciso, o NASF acompanha. Eles ligam para o NASF e a pessoa do NASF vem para ir com a gente. O NASF não pode fazer visita sozinho. Tem que ter sempre alguém da Unidade junto, ou nós agentes, ou a gerente ou a doutora. Se dentro daquele caso relatado é necessário que o NASF acompanhe, aí liga para aquela parte do NASF que pode estar acompanhando. E aí a gente vai tentar resolver. (OFC 3)

As falas revelam que as ações desenvolvidas estão relacionadas ao apoio à assistência, ou seja, envolvem a ação direta dos profissionais do NASF com os usuários do serviço na consulta/atendimento individual ou compartilhado com outros profissionais da ESF além de atenção domiciliária e ações educativas.

Por que em alguns locais as experiências são consideradas mais positivas? Certamente onde as equipes aproximam-se mais da perspectiva do trabalho interdisciplinar e onde existem maior comunicação e apoio gerencial:

Nem todas as equipes são iguais em todas as Unidades. Cada Unidade tem uma maneira diferente de trabalhar com o NASF. Tem local em que o NASF está funcionando muito bem e tem grupo de apoio. Há unidades que o NASF não tem liberdade de trabalhar. Então precisaria de uma integração maior de como fazer com o serviço do NASF nas Unidades. Está deixando a desejar. Isso não é somente na minha... Eu acho que depende muito da Unidade também, muito do apoio. [...] Eles têm facilidade para trabalhar em uma equipe, mas não tem facilidade de trabalhar na outra. (OFC 3)

Na nossa equipe é assim: toda sexta-feira tem reunião de toda equipe, médico, dentista, todo corpo de funcionários da Unidade. Nós reunimos todo mundo. Aí tem os avisos, as recomendações, as coisas que chegam que a S. passa de primeiro. [...] Ela entra, abre a reunião falando tudo. Se têm curso, se não tem, o que vai fazer. Terminando isso, aí vem para o nosso lado: o que a gente tem de mais crítico naquela semana. Isso. Ela vai de agente por agente. Cada um relata. Durante a semana, o que aconteceu de errado, o que é mais crítico, quem tem mais necessidades. Se é necessário a

visita da doutora, do dentista, da enfermeira, da assistente social. Daí a gente relata tudo, é feito cronograma da semana e durante a semana a gente já sabe o dia e quando a gente vai sair com a doutora, com o dentista. (OFC 3)

Nós temos reuniões às sextas, se reúnem as três equipes, os médicos, os odontólogos, os ACB e a assistente social. Nós temos uma. Tem uma reunião geral e a gerente passa o que tem que passar. Depois é a reunião por equipe. Cada um com seu médico, e aí a gente passa se tem algum caso. Normalmente tem caso de violência, é praxe passar para a assistente social. Ela vai até a casa, vai com o agente ou vai só. Pega o endereço e vai e tenta resolver. E com a doutora marca algumas pessoas da área, que não querem fazer preventivo com o enfermeiro, querem fazer com ela. Marca um dia do mês para o preventivo, alguma ação que vai ser feita na escola, é mais ou menos isso. E discutem os problemas, os mais sérios, tipo violência doméstica. (OFC 4)

O grande propósito da interdisciplinaridade é construir uma prática sanitária mais próxima da realidade, capaz de se comprometer socialmente e vincular-se na busca de dar respostas efetivas às necessidades da população. Para que isso aconteça, tal prática sanitária deve apoiar-se na participação social, favorecendo a participação dos usuários na construção de um projeto assistencial para o enfrentamento dos problemas locais, bem como desenvolver propostas educativas que visem ao reconhecimento e à busca da cidadania. Segundo o Ministério da Saúde, NASF deve reforçar a educação popular, o controle social e a intersectorialidade nas Unidades que estiverem sob sua responsabilidade.

Cabe então perguntar: Que formas de participação os trabalhadores da saúde vivenciam em sua realidade? Como o processo participativo ocorre nas unidades de saúde? Como os profissionais de saúde levam em conta a participação da comunidade?

6.3.2 O desafio da participação social

A saúde é um direito de cidadania e, para que se efetive, é necessária uma ampliação da consciência sanitária dos profissionais responsáveis pelo atendimento, mas também da população atendida pelos serviços para que surjam sujeitos comprometidos com a vida.

A participação social sustenta-se no que as pessoas pensam sobre os problemas, o que definem como necessidades e que soluções buscam para enfrentamento das situações-problema. Os Conselhos Locais de Saúde, embora não sejam obrigatórios por lei, tem funções similares às do Conselho Municipal de Saúde. Esse último é uma exigência constitucional, cuja existência e funcionamento garantem o repasse financeiro para o setor de saúde. Aos Conselhos Locais de Saúde cabe acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde oferecidos à população na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família de sua localidade.

No presente estudo, evidenciou-se que a participação social, considerada aspecto fundamental para resultados em promoção da saúde, não se tem efetivado nos Conselhos Locais de Saúde:

Nós montamos o Conselho agora. O Conselho anterior não tinha sucesso. Foram pessoas que se elegeram, que tinham interesses políticos e não o bem da população. Então isso foi enfraquecendo o Conselho, que ficou dois anos praticamente inativo. As pessoas faltavam, não tinham comprometimento. Acho que agora é uma nova história e a gente está contando que agora vai funcionar.
(E1)

Nós tivemos períodos muito difíceis. Sem Conselho Gestor, ninguém interessado. Agora estamos numa fase boa, porque contamos com um conselheiro interessadíssimo e que também faz parte do Conselho Distrital de Saúde. É um biólogo, representante dos usuários. Quer dizer temos agora uma pessoa que me entende. Tem me ajudado muito nesses quatro anos. Tem sido a mão na roda. A participação social é muito frágil, muito difícil. O seu A que era o nosso antigo conselheiro está com quase noventa anos, muito doente.
(E6)

[...] consegui aqui botando dois agentes para serem conselheiros. Uma representando os trabalhadores na

área, mas foi a muito custo. Ninguém queria... E tem duas agentes, uma titular e uma suplente, que representa os trabalhadores na área de saúde. Mas a gente teve quase que fazer uma imposição. (E8)

O problema do controle social é muito difícil por essa questão da não participação popular. A população precisa ser mais participativa. Nós fizemos a reunião, nós chamamos as pessoas e poucos comparecem. Nem mesmo os membros do Conselho não participam muitas vezes. E por outro lado também por parte dos trabalhadores porque muitos, no caso do Conselho Local não participam, não vão ao Conselho Distrital. Fazemos a reunião lá no Conselho Distrital, sempre falta um ou outro, sempre fica uma lacuna. (OFC 5)

O primeiro depoimento reflete um dos limites que dificultam a efetividade do controle social: a filiação político-partidária dos membros do conselho que o manipulam para ser apenas instância de apoio a decisões tomadas verticalmente. As demais abordam a falta de participação dos usuários, que tem sido discutida em vários estudos. Um deles apontou que os trabalhadores da ESF identificam a necessidade de capacitação apenas para a coletividade e não para si e que, no espaço não institucionalizado da participação da sociedade, no interior da equipe, o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão. Ou seja, “no plano assistencial e da construção do projeto assistencial comum, o trabalho em equipe está para dentro da equipe”. Revela-se assim o conflito existente entre trabalhadores e conselhos: a comunidade é convidada a participar, no entanto, apenas para legitimar decisões já tomadas pela equipe (Crevelin, Peduzzi, 2005, p. 330).

Só existe participação se as pessoas se sentirem integrantes dos projetos nos quais tomam lugar. Os trabalhadores de saúde podem ou não mediar processos que capacitem os usuários para exercer sua cidadania. As relações entre instituições e usuários podem ou não promover seu empoderamento. É fundamental o conhecimento e uma opção apropriada de práticas pedagógicas por parte dos trabalhadores em saúde, a fim de promover a organização

da população em torno de problemas concretos que interferem em sua saúde e qualidade de vida.

Opções pedagógicas são, sobretudo, reflexos do modelo de saúde adotado. Se o modelo assistencial for biomédico, a relação entre a instituição e os usuários será verticalizada, hierárquica, autoritária e culpabilizante. Isso gera dependência do usuário em relação ao serviço e aos profissionais de saúde. Num modelo de saúde pautado pela determinação social do processo saúde-doença a saúde é vista como resultado da produção social, portanto, dependem de todos os sujeitos (individuais e coletivos) envolvidos, seus saberes e práticas sociais.

Que modelo assistencial Campo Grande tem adotado? Algumas falas evidenciam características do processo de trabalho em uma lógica biologicista, tendo o médico como a principal referência da população:

Eu acho que a gente precisa dar mais possibilidade ao paciente compreender, ver que não está voltado somente para a figura do médico. Muitas vezes eles acham que o médico vai resolver todo aquele problema. Muitas vezes não é nem um problema de saúde que estão tendo, não é uma doença especificamente, mas querem ser encaminhados: - Ah! Quero ser encaminhado para uma especialidade. Só que tem que mudar um pouco essa visão. Eu acho que em Campo Grande a ideia dos pacientes está muito voltada para a figura do médico. (E3)

O paciente tem a visão de que a saúde é ir ao médico, tomar o medicamento, melhorar a dor, melhorar o condicionamento físico, com relação a algum problema que ele está apresentando. (E4)

A gente trabalha muito mais em cima do modelo hospitalocêntrico ou de encaminhamento para especialidades. O médico ainda é soberano na saúde pública. (E6)

Eu acho que no nosso caso, infelizmente, nós trabalhamos com a doença em si e não deveria ser assim. Quando eu converso com os moradores, eu falo assim: - Os países civilizados procuram não ficar doentes, eles tem mais a questão da orientação para não precisar utilizar serviços de saúde. Mas o agente comunitário há muito anos, o que se observa é que trabalha com a doença. (OFC 5)

Eu vejo assim: só se trabalha em cima de patologia. Ninguém faz prevenção nem promoção. (OFC 5)

Mesmo que os documentos oficiais preconizam um conceito ampliado de saúde, nem sempre a prática das Unidades da ESF revela-se uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, da qual a participação social faz parte. No que concerne à participação, os depoimentos dos ACS retratam um processo de despolitização geral da população:

As pessoas não tem interesse de buscar seus direitos, não tem interesse de conhecer e saber exercer seus direitos. Isso é fato, não é somente na classe média, nem na pobre, nem na rica. As pessoas realmente não têm. E o conhecimento de política é pior ainda. Acho que isso aí é em nível de Brasil, é no País. [...]. Então é uma fraqueza de conhecimento, de buscar seus direitos. No Brasil isso é muito precário. Na minha área eu fico insistindo. Você tem que buscar seus direitos, você tem direito. (OFC 1)

Não sei se eles não sabem ou é falta de interesse de estar se envolvendo na política. Para correr atrás, escolher direito seus governantes, para ter esse retorno. Eu acho que é participação. Participa dos grupos, dos conselhos de saúde, de segurança, de alimentação. Isso tudo vai resultar numa saúde melhor para nós todos. (OFC 1)

Lá no meu bairro, até pouco tempo atrás tinha uma parte que era um caos. Só que lá ainda não tem presidente de bairro. Até hoje não tem. Fica sempre um jogando para o outro. Agora tem o Conselho Gestor por conta da Unidade Básica. Porque antes não tinha nem o Conselho Gestor. [...] A gente não tem presidente de bairro que represente, que possa fazer uma reunião e falar o que precisa, ajudar mobilizar a população para conseguir, por exemplo, um centro comunitário ou alguma coisa para o bairro. A gente não tem esse apoio. (OFC 5)

Teve uma época em que eu participei do Conselho Gestor no Aero Rancho como percentagem de prestador, de trabalhador e de usuário. A parte que menos participa é a de usuários. O que falta, eu penso, é se envolver tanto na política quanto no Conselho de Saúde, Conselho de Segurança. A pessoa tem que querer fazer parte da mudança, querer mudança e até votar, sei lá, participar dos Conselhos, para poder exigir algum direito. Mas o povo está alienado. (OFC 5)

E falta também a interação dos Conselhos: o Conselho Urbano, o Conselho de Segurança e o Conselho de Saúde. Precisava ter uma interação entre todos os Conselhos para poder ter um trabalho mais efetivo. O controle social realmente tem muitas lacunas. Está

faltando participação da população, da comunidade para falar, para demonstrar seus anseios e dificuldades. (OFC 5)

As conquistas constitucionais por si só não asseguram mudanças na cultura política brasileira. O crescente processo de desintegração social reflete a histórica instabilidade política e econômica, hoje caracterizadas pela adoção de uma perspectiva neoliberal, além de um passado autoritário, coronelista e populista, características do Estado brasileiro. As consequências desse legado histórico é a perda da noção do bem comum, a desconfiança nas instituições e a desvalorização das práticas democráticas (Baquero, 2008).

A falta de participação, portanto, é decorrência de um contexto sócio-histórico, cultural e econômico que requer estratégias criativas para estimular os cidadãos a participar. Uma delas é articular a participação institucionalizada com outras formas de mobilização e inserção política no âmbito da saúde:

[...] nós precisamos ir além dos conselhos e das conferências. Esquecemo-nos que, quando dizemos que todo poder é exercido pelo povo, que o faz diretamente ou através de seus representantes eleitos (democracia representativa), não tiramos do cidadão o poder da democracia representativa. Muitas vezes nós queremos reduzir aos Conselhos e às Conferências o direito de participação das pessoas na saúde. [...] Deixamos de ir buscar apoio ao SUS na sociedade já organizada fora da saúde (Carvalho G, 2010, p. 401).

A participação social na saúde tem sido promovida de forma apartada da dimensão participativa nos contextos locais, de modo que se tornou inexpressiva na APS, diante do direcionamento para estratégias de gestão, que têm forte tendência à despolitização e ausência de sentido político-crítico. Nesse estudo, os depoimentos dos ACS evidenciam a falta de valorização das potencialidades e iniciativas locais de participação social:

Na minha casa, a área onde eu trabalho [...] por ser longe a Unidade, fazíamos encontros com a

comunidade. Era servido um sopão todas as quintas-feiras. Ninguém trabalhava nesse dia, selecionava coisas necessárias para o encontro educativo. [...] Nós fomos podados pelo distrito. Está entendendo? Disseram: - Não é seu trabalho [...] Na casa da minha amiga E. tinha a Pastoral da Criança. Podaram a gente também, porque não é papel do agente. Hoje nós pertencemos ao Posto Estrela Dalva. Da minha área até a Unidade são quatro quilômetros. A gestante vai lá? Não vai. Porque para você ir de ônibus, vai demorar quase uma hora para ir ao Terminal e voltar. O idoso também. As ruas na maioria desses bairros não são asfaltadas. Como vai? Então, eu penso que na casa do agente ficava bem mais acessível para a população, mas nada se pode. (OFC 5)

Eu tenho o caso de um policial aposentado na área. Ele construiu uma casa bonita, fez um espaço que dá para caminhada, fez uma quadra em todo o espaço. Aí ofereceu e sugeriu para que eu falasse com o enfermeiro e com o gerente. Falei com os dois: - Aqui mora uma pessoa assim, assim, que ofereceu esse espaço para as mulheres que não trabalham na área, para fazer cursos, para prevenção do uso de drogas por crianças, coisa parecida. Ofereceu o espaço, esta lá o espaço. Já falei umas três ou quatro vezes. (OFC 5)

O Conselho Gestor lá da Unidade é bem atuante. Por mais que a gente não tenha perspectiva, a gente convoca pastores, padres. Vai todo mundo para a reunião. Todo mundo dá palpite, porque daí faz a ata e a ata vai para na Secretaria. Tanto é que o pastor faz parte do Conselho Gestor. Em outro negócio lá da igreja, já incluíram todos no conselho Gestor da unidade. (OFC 3)

Existem, portanto, várias possibilidades de participação social que devem ser consideradas e integradas às estratégias de mobilização comunitária. Além de valorizar as iniciativas locais de participação social é fundamental a adoção de um modelo dialógico de comunicação, de caráter interdisciplinar, comprometido com a implementação e a avaliação de processos educativos voltados à promoção da autonomia e da participação. Isso significa que as práticas coletivas de educação devem considerar os aspectos relacionados à determinação social da saúde e os modos de viver, de ser saudável e de adoecer, com vistas a favorecer atitudes políticas e participativas.

A concepção de educação que pode instrumentalizar os grupos e as classes sociais na direção dessa compreensão é a educação crítica, que se alicerça na problematização do cotidiano de

vida das pessoas e na valorização das experiências individuais e de grupo. Caracteriza-se por escuta, respeito, valorização de experiências, histórias de vida e visões de mundo. Tem, portanto, potencialidade de interagir e reconstruir saberes e práticas cotidianas e apoiar os usuários para exercício da cidadania.

Os depoimentos dos ACS e gerentes sobre atividades educativas mostram que, apesar das evidências de um modelo assistencial médico centrado, há esforço e um envolvimento por parte das equipes na organização e desenvolvimento de propostas educativas participativas e dinâmicas:

Hoje a gente teve uma oficina de sucos naturais lá no nosso PSF. A nutricionista e o pessoal do NASF também ajudaram. A gente colocou uma mesa no auditório e fez junto com o pessoal, ensinando... Eles fizeram todas as receitas, cada um recebeu uma lista de receitas para levar para casa. Sucos de couve, casca do abacaxi, de acerola [...] Tínhamos três liquidificadores, laranja, limão [...] Colocamos tudo em uma mesa bem grande, redonda. Os pacientes mesmos fizeram os sucos. A gente só ia falando a receita, eles mesmos iam colocando e batendo o suco [...] A doutora fez uma ótima palestra porque os sucos naturais são bons para a prevenção. Do diabético e hipertenso fizemos suco separado, um com açúcar e outro com adoçante. E a gente fez um patê de berinjela e torrada. (OFC 5)

A gente tem grupos de gestantes e o que é servido para elas são alimentos não engordativos, suco natural, igual ao que ela falou: capim cidreira com limão, essas coisas... Participam enfermeira, dentista, assistente social e pessoal do NASF. Às vezes escolhem dois ACS na participação. [...] Na nossa unidade ontem mesmo eu ajudei a médica a bater suco para oferecer. A médica mesmo vai para a cozinha. Se a gente vai fazer, ela chega lá, todo mundo na Unidade participa... Além de trabalhar ensinando a gestante como se cuidar, ensina também o aproveitamento alimentar porque o bolo é feito com a casca de uma fruta. É sempre assim. Alimentos enriquecidos com coisas que normalmente são jogadas fora. (OFC 5)

Na minha Unidade tem uma médica que faz sempre uma atividade educativa. Ela é da ESF contratada pela SESAU. Então ela chega se identifica: meu nome é doutora N e vai fazendo uma conversa. Esses dias ela estava falando sobre acidentes domésticos em crianças. Aí ela foi falando todos os acidentes e as pessoas foram levantando, perguntando, interagindo. Foi muito bonito. (OFC 5)

Ontem nós fizemos oficina sobre pimentas. Veio um rapaz que é especialista em pimentas. Ele falou tudo sobre os mitos de pimenta, foi muito bom, levou a manhã inteira. Foi bastante importante. Teve bastante participação das pessoas. (OFC 5)

Em cada atividade vai um profissional conversar e fazer o trabalho educativo. Hoje, por exemplo, está sendo realizada a segunda etapa da vacinação lá, hoje está um enfermeiro. No mês passado foi o professor de educação física. Ele trabalhou o alcoolismo. O grupo de teatro dos ACS encenou uma situação e fizeram uma dinâmica também. Eles rodaram os homens com a cabeça baixa em que cada um era uma garrafa de cerveja ou um copo de cerveja e na hora que eles levantavam, tinham tomado tantos copos de cerveja. Daí eles tinham de andar em linha reta. Eles viram que não tinha possibilidade de andar em linha reta. Foi bem divertido: fazer um trabalho lúdico [...] (E3)

Uma outra coisa que a gente tem também é o grupo de mulheres que fazem artesanato na quinta-feira. Isso é muito rico. Elas fazem pintura em pano, caixinha [...] Tudo que você dá pra elas fazerem, elas fazem. Pintura, crochê... Só não vi trabalhando ainda com EVA. Não sei se você viu os mosquitos da dengue? Elas que fizeram no grupo [...] Tem desde idoso até criança dentro do mesmo grupo na sala de reunião. Elas ganharam dois cavaletes de ferro e colocam uma porta bem gigante em cima e aí fazem de tudo. Eu acho bonito ver o idoso ensinando a criança. [...] Agora é a L. que está na linha de frente junto com uma moradora. [...] É um momento de lazer, de aprendizado, de criatividade, de comunicação, porque eles mesmos se comunicam. Para você ter ideia, eu nem quase nem entro no meio da conversa, porque eles mesmos combinam o café da tarde, porque um traz suco, o outro traz uma pipoca, um pão [...] (E4)

As estratégias educativas são desenvolvidas em diferentes espaços sociais, em que há o convívio dos sujeitos envolvidos em processos educativos:

Lá na unidade nós temos reunião uma vez por mês com os agentes daquela área, a enfermeira e a médica. Um mês a reunião é feita numa localidade, noutro mês em outra localidade para melhorar a aproximação com a comunidade. A doutora faz assim: ela discute qualquer assunto e no final pergunta o que as pessoas querem que seja falado na próxima reunião. Aí eles escolhem o assunto e na próxima reunião é abordado aquele assunto. Tem boa participação. (OFC 5)

Tive a experiência de trabalhar com adolescentes. [...] Eu fiquei como assistente social durante seis meses. Eu tinha um grupo de 15 adolescentes graças à dança. Eles queriam um hip hop. Vamos fazer o hip hop.

Conversei com o professor e pedi para fazer o que eles queriam, depois a gente vai trocando. Ele falou: - Mas é dança de rua, não sei o quê, é parecido com capoeira. Eu falei: - Depois você ensina capoeira. Primeiro tem que trazer, depois vai colocando outras coisas devagarzinho. A estratégia é essa. Dança e futebol. Tem um campo aqui. Vamos fazer futebol, por que não? Vamos montar um campeonato de adolescentes [...] (E8)

A médica, ao definir com o grupo o assunto que será abordado no próximo encontro educativo, e a assistente social ao aceitar a proposta de dança sugerida pelos adolescentes está considerando o que Paulo Freire denominou *princípio da pertinência*, em que todo processo educativo deve ser permeado por aquilo que tem significado para o educando. Embora exista interesse no planejamento de ações educativas criativas por parte das equipes, as Unidades da ESF não têm contado com apoio financeiro para operacionalizar estas ações:

Todos os eventos somos nós mesmos que promovemos. É a equipe do Posto. Não são somente os agentes, é a equipe. (OFC 5)

Para vestir os personagens a enfermeira desembolsa. Tudo é desembolsado entre nós mesmos. No bazar que é feito se compra caneta, cartolina, cola [...] (OFC 6)

E para tudo se gasta. Desde um cartaz se você for fazer. Quer usar purpurina, você tem que comprar, não tem dinheiro [...] Doação de toalhas a gente consegue de um buffet. Quando vai se desfazer das toalhas, a mulher já manda para a gente. São esses laços e a criatividade [...] (E4)

Nós trabalhamos com doação: um agente pedindo carne para fazer um carreteiro, outro pedindo não sei o que, sabe [...] O cabeleireiro veio de graça, pedimos aquele brinquedo de sabão, futebol de sabão, teve que montar tudo aquilo, para tudo eles cobram uma taxa, nós pagamos. Tivemos que pagar um frete de 150 reais para pagar não sei o quê [...] (E6)

A questão de ações educativas é outro exemplo, você quer fazer um evento, utilizar técnicas lúdicas, tudo tem que sair do próprio bolso. E muitos não se envolvem. Muitas vezes você pega projetos maravilhosos; temos que apresentar um projeto para a Secretaria relativo à dengue e que envolva a comunidade. Então nós fizemos a gincana da dengue e nós dividimos essa gincana entre as equipes. Ela já está começando e será concretizada em maio. Estão envolvendo toda comunidade. Os ACS estão cobrando da comunidade onde eles trabalham. Tem vários itens de avaliação, inclusive com premiação.

Só que essa premiação vai ter que sair do nosso bolso ou nós vai ter que sair pedindo prendas o que não é o ideal. Não é o certo, seria o serviço público. Entende? Então o que acontece: está todo o projeto ali, mas nós estamos com essa dificuldade. E tem que acontecer, porque no projeto contempla a premiação. Nós já divulgamos e os agentes continuam divulgando na comunidade. É responsabilidade nossa agora conseguir os prêmios. Falta apoio, entende? (E7)

Quando nós começamos, alguns anos atrás, eu participei do teatro da dengue, a gente ia à escola para conversar sobre DST. Era tudo em forma de teatro. Não tínhamos nenhum recurso. Esse foi um dos pormenores que acabou. Ninguém mais se interessou para fazer isso. Tudo nosso trabalho: as vestimentas nós mesmos tínhamos que confeccionar e gastar porque não havia recursos. Nós ainda ficamos uns três, quatro anos com o teatro e acabou, foi desmotivando porque tudo que você ia fazer não tinha liberação. Vamos supor: nós fomos convidados para uma escola lá do José Abrão e não fomos liberados. Depois um Centro Espírita também queria. Fizeram uma reunião, queriam que juntamente com o trabalho deles fôssemos apresentar o teatro para ajudar mães e crianças que frequentavam o local. Por causa do problema da liberação decidimos abrir mão de tudo. (OFC 6)

A educação em saúde é um campo das práticas e conhecimentos do setor de saúde que mais tem se ocupado da criação de vínculos entre a ação dos profissionais de saúde, o pensar e o fazer do cotidiano da população, além de ser uma forma de estimular a participação social. É necessário, portanto, a valorização dessa ferramenta de trabalho pela Secretaria Municipal de Saúde com apoio financeiro e instrumentalização pedagógica pertinente. Em algumas Unidades a falta de apoio está atrelada a uma prática educativa conservadora, baseada na transmissão de conhecimentos, sem qualquer estratégia de interação, apenas com objetivo de atingir metas pactuadas pelo município:

[...] você faz ali no próprio posto, só para cumprir a meta. Então chamam os ACS E faz ali no corredor mesmo. Pega o prontuário de dez pessoas. [...]. E é assim que é feito. Eu já rodei muitos postos de saúde aqui e é assim que é feito. Entendeu? Só faz no corredor do posto. O corredor do posto é mais fininho, é um metro e meio. Uma pessoa sentada de frente para a outra e não se pensa nessa palestra. Faz qualquer dia. Você vai fazer e é assim: Dona Maria, blá, blá, blá. Consulta! Você está lá falando [...] Não dá para falar. Não se tem uma

programação: olha tal dia vai se ter [...] Não tem um espaço nas Unidades. Elas não são projetadas pensando em saúde pública, em prevenção. A unidade não é projetada assim. Principalmente as UBS. As ESF ainda estão pensando nisso, em fazer um auditório... Algumas têm, outras funcionam em casas. Pegam uma ESF, joga dentro de uma residência. Como você vai fazer uma palestra ali dentro? Se for fora, você nem consegue. Se você tenta fazer ali dentro da Unidade, não tem uma estrutura. (OFC 6)

A promoção da saúde demanda que a organização da atenção e do cuidado crie não apenas mecanismos de mobilização e participação com os vários movimentos e grupos sociais, mas estabeleça parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, públicos e privados, para o enfrentamento e a resolução de problemas de saúde complexos, que dependem de ações de outras áreas como, por exemplo, educação, habitação, trabalho, alimentação dentre outros. Essa articulação de diversos setores e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, constitui a intersectorialidade:

[...] articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (Feuerwerker, Costa, 2000, p. 26).

Infelizmente a proposta da promoção da saúde e o discurso da intersectorialidade confrontam-se com a fragmentação e a setorialização das políticas públicas. Considerando-se essa problemática e o cenário em que foi desenvolvido este estudo, cabe o questionamento: O que as equipes consideram como ações intersectoriais? Quais são as experiências intersectoriais que conseguiram estabelecer nos territórios de abrangência das unidades de saúde? Que dificuldades as equipes vivenciam no processo de construção da intersectorialidade?

6.3.3 A ESF e a intersetorialidade

Bons níveis de educação estão relacionados a uma população mais saudável, assim como uma população saudável tem maiores possibilidades de se apoderar de conhecimentos por meio da educação formal e informal. Com base nesse consenso, recentemente foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE) pelos Ministérios da Saúde e da Educação (Brasil, 2007a).

A saúde ou fracasso escolar das crianças são socialmente determinados, sendo problemas comuns: o desemprego dos pais, a falta de habitação, a fome, as drogas, o alcoolismo, a desnutrição, a violência doméstica, entre tantos outros. Para responder a esses problemas, o PSE tem como objetivo ampliar o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde e contribuir para a formação integral dos estudantes, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. É, portanto, uma iniciativa de política integrada que considera o conceito de Promoção da Saúde e tem como uma de suas principais diretrizes a intersetorialidade, de modo a contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade escolar e fortalecer o acesso aos serviços de saúde da AB (Atenção Básica).

Em Campo Grande, as experiências de integração com as escolas têm sido consideradas um processo lento e difícil:

Uma das partes da intersetorialidade que eu não cheguei a comentar com você, mas que eu acho muito positiva é o Programa Saúde na Escola, que uniu educação e saúde. A gente tem feito um trabalho de prevenção. Ainda está engatinhado. O primeiro ano foi bem sofrido porque até as duas Secretarias poderem pensar da mesma maneira e a Unidade de Saúde conseguir entrar dentro da escola para fazer a avaliação antropométrica das crianças, a avaliação visual e auditiva. (E1)

O SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas. O PSE é o Programa do Escolar. Os dois. A impressão que eu tenho é que é só a saúde que corre atrás. E é um acordo de duas políticas. As duas políticas são responsáveis. A saúde está dentro da escola, mas a escola tem que se

responsabilizar. [...] Nós é que temos que ir lá, sentar para fechar o cronograma. Parece que a gente está pedindo um favor, não consegue nem entrar na escola. E isso porque é uma proposta dos dois Ministérios, de duas políticas, mas na prática parece que só a saúde que assumiu. Talvez seja uma questão de meta, porque está dentro das metas. Colocou nas metas da saúde e não colocou nas da educação, talvez... Eles acham que a gente está atrapalhando a grade curricular. A verdade é que a gente está fazendo um favor. [...]. Essa é a impressão que eu tenho e isso é angustiante. A impressão é que é nós que temos que correr atrás. A saúde não deveria, porque é um programa das duas políticas. Das duas. Nós que temos que fechar nossa agenda aqui, levar o profissional até a escola, fazer todo o trabalho lá, nós que temos que fazer relatórios, encaminhar relatórios... (E2)

Tem o SPE e o PSE. Nós temos três escolas na nossa área. [...] Quem não nos atende bem, por incrível que pareça, é a escola estadual. O novo diretor não é acessível. A menina que veio hoje da Universidade Federal que vai trabalhar com o PSE, o diretor não quis receber porque a dona R não estava e ele não tinha tempo. Ele nunca tem tempo desde o ano passado. Então, embora essa seja uma proposta intersetorial, o diretor não aceita. Nada para ele está bom. Na nossa festa da dengue todos os alunos vinham com os professores para ver a mesinha do nosso CCZ (Centro de Controle de Zoonoses), ver uma cobra, o mosquito da dengue, o escorpião, enfim ver uma coisa diferente no microscópio... Ele não solta os alunos dele. Não quer integrar. (E6)

O envolvimento com as escolas é um processo que esta amadurecendo ainda. Eu trabalhei em outras unidades, lá no Parque do Sol nós tínhamos grandes dificuldades com a escola. Por quê? O diretor e coordenador não compravam a ideia. Tem que comprar e ver que é importante e se envolver e envolver os outros setores. Nós íamos lá para desenvolver algumas atividades, eles nem chegavam perto. Nós tínhamos que tirar alunos da classe, nós tínhamos que fazer tudo acontecer e o pessoal deles não se envolvia. (E7)

Tem a dificuldade também do seguinte: ele expôs que é para ir à escola, fazer a educação na escola. Só que a dificuldade para você fazer uma ação na escola é muito grande. Porque você vai até a escola, o diretor não permite que você entre na escola ou fica colocando gosto ruim, ou pede um ofício, diz que eles tem muita atividade na escola, se vocês ficarem entrando vai atrapalhar. Então, há essa dificuldade muito grande de você atingir essa faixa etária. (OFC 5)

Parece existir um modelo autoritário de gestão escolar, no qual, o exercício do poder ainda está centralizado na figura do (a)

diretor (a) da escola, o que certamente dificulta um trabalho conjunto entre saúde e educação.

Os depoimentos também revelam que a proposta do PSE tem sido muito mais acolhida pelo setor de saúde do que pelas escolas da rede pública de ensino. Talvez um dos motivos seja o fato de que as portarias relativas à adesão ao PSE são emitidas pelo Ministério da Saúde e, portanto, acabam se tornando mais próximas do Setor Saúde (Ferreira et al., 2014).

Por outro lado, existem críticas do Setor de Educação em relação à saúde, alegando que esta não utiliza a escola como aliada e parceira (Brasil, 2009b).

Para que o PSE seja efetivo, é necessário o estímulo à participação comunitária na construção de ações e atividades voltadas para as necessidades da coletividade escolar, caso contrário a proposta do PSE será apenas uma aproximação geográfica da saúde com o espaço escolar.

Nesse sentido, as ações desenvolvidas pelo PSE devem se basear no levantamento das necessidades do território e os estudantes e seus familiares precisam ser envolvidos na definição de prioridades, planejamento e programação de ações locais do PSE. Para isso, os profissionais da saúde e da educação devem ser capacitados com relação às bases estruturais do PSE. Que instrumentos têm sido utilizados para construir a articulação intersetorial entre a saúde e a educação? As ações de saúde escolar foram contempladas nos projetos político pedagógicos das escolas?

A formação integral dos estudantes para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais implica um novo modelo de gestão escolar que se caracterize pelo compartilhamento do saber e do poder, de estruturação de novas práticas e de novos conceitos. Parece que isso ainda não se encontra estabelecido, ou suficientemente experimentado pelas escolas e pelo setor de saúde

do município de Campo Grande, devendo ser construído coletivamente e de forma gradativa.

As dificuldades intersetoriais da saúde também foram apontadas com relação aos serviços oferecidos pelo Sistema Unificado de Assistência Social (SUAS), por meio dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

Os CRAS são unidades públicas estatais descentralizadas que oferecem serviços continuados de proteção social básica. Seus objetivos são fortalecer os vínculos familiares e comunitários, promovendo a inclusão das famílias e cidadãos nas políticas públicas, no mercado de trabalho e na vida em comunidade. Estão localizados em áreas de maior vulnerabilidade social, em que há vínculos familiares fragilizados, devido a condições de pobreza, insuficiência de renda, violação dos direitos e não satisfação das necessidades de sobrevivência.

Os CREAS também são unidades públicas estatais, porém de média complexidade, referência para a proteção social especial, ou seja, são responsáveis pela oferta de orientação e apoio especializados e continuados a indivíduos e famílias com vínculos familiares rompidos em decorrência de abandono familiar, violência, abuso sexual, situação de rua, trabalho infantil dentre outros.

Segundo as gerentes, a atuação do CRAS e CREAS não tem sido efetiva e em várias situações o setor saúde acaba assumindo casos que deveriam ser conduzidos pela assistência social:

A gente às vezes detecta casos graves de negligência. Uma coisa que a gente vai vendo que não vai dar certo, a gente denuncia. Mas a própria Assistência Social não faz uma visita, uma análise correta e acaba dando encerramento do caso. A gente está vivendo uma história muito complicada por uma denúncia que a gente já tinha feito de cárcere privado. Por um parecer da Secretaria de Assistência Social, o caso foi encerrado. E a pessoa hoje em dia está correndo risco de morte. (E1)

Eles bebem, tanto o cunhado como os irmãos da mulher, que são os filhos do idoso, todo mundo bebe a ponto de não conseguir andar. Já encaminhamos para o grupo dos Alcoólicos Anônimos mil vezes, eles já estão em fase do delírio, muito, muito difícil. A mulher, coitada, começou a ficar abalada. Ela já não tem mais condição de aguentar tudo isso. Ela montou uma barraquinha aqui no comodato. E vão vivendo. Você não consegue mudar nada. Mande para o CRAS, o CRAS deu a cesta básica, mas temporária, uma coisa de emergência. Nessas últimas gestões não foi priorizado isso não. Não tinha cesta básica de emergência. (E6)

Acho que a saúde não dá conta das necessidades. Nós acabamos abraçando as outras políticas, porque onde começa uma, termina a outra. Tem uma hora que faz uma fusão. A gente não sabe. Tem uma hora que a gente fica em dúvida. De quem é isso aqui? Da assistência ou da saúde? Se eu pego um paciente que foi encontrado caído na rua com problema de alcoolismo, eu trouxe para a Unidade, eu cuidei, eu o curei da cachaça vou falar assim eu terminei o meu atendimento ali. Naquele momento encaminhei para um CAPS-AD para fazer promoção, para ver se para de beber. E se ele for embora, o que eu faço com ele? Devolvo para a rua? Não. Daí o que eu vou tentar? Articular com a assistência. Só que eu ligo para a assistência e ela fala assim: Não, ele está na saúde. Sim ele está vinculado ao Posto, mas minha função enquanto saúde já terminou. E agora, eu faço o que com esse paciente? Eu largo ele na rua para voltar ao bar e beber tudo de novo? Ou vocês tem como vir aqui fazer uma abordagem com ele? Não está funcionando porque as duas políticas não se entendem. Ai chega na ponta e você não sabe o que fazer. Você acaba resolvendo algumas coisas que não são da nossa área de saúde porque você vê que se não mostrar pelo menos o caminho para o paciente, ele vai voltar para você. (E8)

As situações vivenciadas pelos gerentes revelam também que a resolutividade dos problemas muitas vezes depende de relações pessoais entre os profissionais (compadrio). Esse fato mostra que há uma necessidade de instituir processos padronizados e aperfeiçoar a integração dos fluxos de funcionamento entre o setor da saúde e da assistência social.

Como eu já fui da assistência e tinha comunicação com o pessoal que trabalha lá, eu ainda consigo chegar ao CREAS, pedir socorro e eles vêm me atender. Mas é porque eu tenho conhecimento. Conheço a coordenadora, o pessoal que trabalha lá. Mas, os outros gerentes falam que têm muita dificuldade de fazer essa ligação. (E8)

Houve depoimentos que retrataram situações oriundas de condições sociais crônicas que demandam atuação dos Conselhos Tutelar e do Idoso:

A gente encaminha muita coisa pedindo ajuda, mas geralmente o caso é devolvido para nós acompanharmos. A H, que é nossa assistente social, reclama que manda vários casos para o Conselho Tutelar e que eles mandam de volta. Ou seja, é só para dar conhecimento do caso e para você mostrar que está fazendo alguma coisa, mas nada é resolvido. Nada é feito em função daquela família. Entendeu? E se chega acontecer alguma coisa a culpa é de quem? Da Unidade. Nós tivemos problema muito grande aqui com gêmeas indígenas que morreram. A mãe foi para a aldeia, ficou muito tempo lá e quando retornou as crianças já estavam muito debilitadas, acabaram morrendo. E aí nós tivemos que responder por isso. E já tinha sido encaminhado documento e ninguém fez nada. Quando estourou a bomba, aí a gente teve que responder por isso. Eu ainda não era responsável pela Unidade, mas foi uma das coisas que mais marcou a unidade. (E5)

Você manda uma notificação para o Conselho do Idoso, manda no setor de violência, que tem uma assistente social e uma psicóloga. Elas mandam para o Conselho Tutelar que deve fazer as visitas. Isso demora em torno de seis meses. Muitas vezes o idoso já morreu. Aqui teve um que foi acompanhado por nós, ele apanhava do genro, que bebia muito. Fizemos várias denúncias. O dia que esse senhor faleceu, falei a Deus: - Obrigado Senhor. Esse descansou. (E6)

Eu tenho um caso grave. O Conselho não faz nada. Foi até uma decepção para a assistente social, porque no posto teve apoio da assistente social, da gerente, das duas enfermeiras. Todas foram lá. A mãe é usuária de droga, ela tem um bebê de um ano e dois meses. Aí teve outro bebê. [...] Nasceu com lábio leporino aí amamentar a criança, nem pensar. Ela saiu do hospital e foi direto para o crack, não tem como. [...] Ela está fazendo acompanhamento para tentar fazer a cirurgia da criança em São Paulo. A criança já está com nove meses. Essa cirurgia deveria ter sido feita pelo menos até os quatro meses, seria o ideal. Mas ela nasceu com baixo peso, precisava de leite, foi recomendado leite. [...] A nossa assistente social e a nossa gerente, através de doações, foram conseguindo esse leite, levando para ela, dando aos pouquinhos, porque senão ela vende o leite, a situação é essa. Você não pode entregar tudo para ela. Se entregar de uma vez, já foi. A avó cuida numa situação extremamente precária, se você entrar na casa, você não consegue nem respirar. É uma situação terrível. Daí foi encaminhado para ver se tirava as crianças de lá porque é boca de fumo, a avó não tem condições de saúde e ela é a dona da boca. A mãe das crianças daquele jeito, os pais são bandidos, bandidos mesmo, conhecidos na região. O dia que encontrei o

peessoal do Conselho na rua, eles me perguntaram onde era. Eu mostrei a casa e até hoje, nada. Não aconteceu nada, não mudou nada. (OFC 4)

Nós temos um caso de uma criança que tem diabetes. E criança com diabetes é bem mais complicado. Ela é pequenininha, com a barriga desse tamanho. O que acontece: a mãe não cuidava, não cuidava. [...] Você chega, olha para ela, ela tem nove anos e você não fala que ela tem sete. [...] Chegou um médico que foi fazer visita na casa dela, viu que a menina estava mal e pediu para ela levar para internar. Ela falou que não ia internar. Ele falou: - Está bom. Foi lá à delegacia da criança, denunciou essa mãe, voltou com o camburão para poder pegar essa menina e levar para o hospital porque ela estava com megalopatia (sic), alguma coisa desse tipo. Passou aquela fase crítica, saiu de lá de novo. Aí foi denunciado ao Conselho, que ficou horrorizado porque a mãe não dava medicação certa. A insulina era aplicada sempre no mesmo local, o braço da menina já estava aquela coisa... Quando coloca a agulha já não faz mais efeito. Então, ela não aceitava que aplicasse a insulina em outro lugar. Um dia o Conselho foi lá, lindo, formoso, para pegar a menina e levar para o abrigo a fim de tomarem conta direito da menina. Chegaram lá, a casa estava limpinha, a menina havia tomado banho e estava comendo uma alimentação saudável. A avó da menina pediu pelo amor de Deus para não levarem, implorou, chorou. Aí o Conselho disse: - Já que é assim nós vamos deixar a menina porque ela está sendo bem tratada, ela sendo bem cuidada. Então, na hora que você denuncia, que você vê que a situação está crítica, eles não vêm. Eles pegam determinados dias e quando eles vem talvez já não tem mais aquele problema. [...]. Mascara-se o problema. (OFC 4)

Quando eu entrei, peguei um caso da idosa que a nora maltrata. Ela é cega, ela não enxerga... Passei lá. A denúncia chegou ao Ministério Público. Só que o Ministério Público foi lá com o Conselho do Idoso e falou que a casa era limpinha, o quintal era limpinho e aquilo não caracterizava maus tratos. E passou, tem nove anos isso. Passei, passou a A, que não é mais ACS, agora está a L. Acho que ela tem pastas e pastas do que ela já mandou e a velhinha continua lá, sendo mal tratada. (OFC 4)

As ações realizadas pelos Conselhos são consideradas morosas ou ineficazes. As falas dos ACS mostram que há uma expectativa de punição por parte do Conselho Tutelar. Este, entretanto, não é um órgão jurisdicional, não integra o poder judiciário. Não pode julgar ou punir e tampouco tem poder de polícia. Pode fiscalizar, apurar fatos e encaminhá-los ao Ministério Público. Sua atuação depende, portanto, de outras instâncias. Além disso,

para ser eficaz precisa estar entrelaçado a uma rede de proteção social, ou seja, com outras políticas sociais (Ishida, 2001).

Considerando-se o cotidiano das práticas das equipes de saúde da família e a fragilidade nas interlocuções intersetoriais, é relevante refletir sobre várias questões: Qual o poder de pressão do Ministério Público, dos Conselhos Municipais do Idoso, da Criança e do Adolescente sobre o Poder Executivo, responsável pelo provimento de recursos para o funcionamento satisfatório dos Conselhos? Qual a infraestrutura dos Conselhos? Têm recursos para acolher as demandas e realizar os encaminhamentos necessários? O número de conselheiros é suficiente para atender o município? Foram capacitados para atuar segundo as demandas? Há integração dos Conselhos Tutelar e do Idoso com outros Conselhos? Responder esses questionamentos foge dos objetivos da presente investigação e vários outros estudos serão necessários para esse fim. Entretanto, um dos problemas relatados pelos ACS nas oficinas foi justamente a falta de integração entre os Conselhos:

E falta também a interação dos Conselhos: o Conselho Urbano, o Conselho de segurança e o Conselho de Saúde. Precisava ter uma interação entre todos os Conselhos para poder ter um trabalho mais efetivo. (OFC 5)

Compreender a criança e o idoso a partir dos contextos sociais, econômicos e políticos, os quais produzem as violências e construir uma participação coletiva acerca das políticas públicas destinadas à prevenção das violências, ainda é um desafio a ser superado, pois embora exista um consenso discursivo em relação à importância e à necessidade da intersectorialidade, na prática, tal integração ainda é muito incipiente:

A intersectorialidade no meu ponto de vista tem que ser incrementada. Existe um início de intersectorialidade, mas ainda muito incipiente. (E6)

[...] deve haver uma atuação mais sincronizada dentre os setores em nível de município, de estado, de Brasil. Não adianta a saúde querer sozinha resolver o problema da

droga, do álcool, da violência. Não adianta a educação sozinha tentar resolver algum problema. A partir do momento que houver essa coesão entre todos os setores, todos trabalhando juntos, eu acho que nós chegaremos a algum lugar. O Brasil ainda não está preparado, começando pelas autoridades, para o que esta acontecendo, esse envolvimento em drogas e violência. Por quê? Porque estamos tentando resolver o problema de forma pontual. A educação está se batendo, a saúde está se batendo sozinha, não é o caminho [...] Não é cada um dando tiro ou tentando resolver seu problema sozinha. Não vai se chegar a nenhum lugar. [...] Eu até citei é que a intersetorialidade seria uma coisa de extrema importância. É o que eu falei para você: a cultura brasileira infelizmente é muito baseada no individualismo. Eu “sou da educação”, “eu sou da saúde”, “eu sou do serviço social”. Então, hoje em dia nós estamos tentando justamente essa união de forças. (E7)

Aqui faz muita falta um trabalho conjunto. [...] Infelizmente acho que intersetorialidade e participação social não existem. A Estratégia Saúde da Família está muito longe daquilo que se propõe no papel. Ela é muito bonita no papel. (E8)

Há a necessidade de avançar na definição de mecanismos intersetoriais que garantam maior articulação no nível da gestão e subsidiem a atuação das unidades da ESF. Enfrentar esse desafio passa pela existência de um projeto de gestão intersetorial que perpassasse o município como um todo, o que ainda não é realidade em Campo Grande:

A Prefeitura é ainda muito personalista. Então, quando sai determinado Secretário ou prefeito muita coisa desanda. As coisas na Prefeitura não podem ser assim. Os projetos, os programas, as ações têm de continuar, independentemente das pessoas ou dos gestores. Ainda é muito voltado para pessoas... É isso que eu acho que tem que mudar para a gente avançar no Município. Hoje por exemplo, se eu tenho um gestor em uma Secretaria de Obras, a própria Educação fecha as portas quando a gente quer desenvolver as ações, você não avança. É por isso não pode ser pessoal, tem que ser uma política, uma proposta da gestão municipal. (E9)

A integração das políticas públicas e a definição de instrumentos permanentes que viabilizem a integração dos serviços públicos é, sobretudo, uma decisão política. Precisa estar presente em todos os momentos do desenvolvimento e da execução de

políticas e programas, incluindo gestores, profissionais e usuários. Ademais, é uma forma de o município organizar-se para contemplar os determinantes da saúde individual e coletiva, que exigem uma abordagem integrada, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população.

Inseridos nesse contexto, os ACS fazem parte da dimensão micro do trabalho em saúde. Que aproximações ou distanciamentos existem em direção à promoção da saúde, quando se considerado o cotidiano de seu trabalho? Como o ACS percebe seu trabalho? Como se sente com relação às condições de trabalho? É o que será discutido a seguir.

6.4 O COTIDIANO DE TRABALHO DO ACS

O fato do ACS ser morador da área de abrangência da Unidade da ESF coloca-o em uma situação bastante peculiar. Ele como ninguém conhece como vivem as pessoas e quais são suas necessidades e seus problemas de saúde, sabem no que tais pessoas acreditam e identificam as potencialidades existentes e que devem ser fortalecidas. Esse perfil do ACS e sua capacidade de ser o elo entre a coletividade e os serviços foi bastante ressaltado por vários gerentes:

O ACS tem um papel fundamental na ESF, é ele que na maioria das vezes traz a demanda da comunidade, ele melhor que ninguém entende a comunidade que estamos trabalhando. [...] Não vejo Estratégia, não vejo a saúde sem o agente comunitário. Eu acho que é a política que mais acompanha as famílias é a da saúde, por conta do trabalho do agente comunitário. Não tem outra política que está dentro do domicílio todo mês. Que sabe quem nasceu quem morreu quem adoeceu quem está internado. Não tem outra política que tenha maior controle das famílias do que a da saúde. [...] é a saúde que abraçou isso, é a saúde que tem esse modelo de estar acompanhando todo mês as famílias. E a gente deve isso ao trabalho do agente. Se não for por ele, não tem esse acompanhamento, não tem esse elo. Então eu sou uma defensora do agente comunitário de saúde,

entendeu? O trabalho deles para mim é tudo. Eles são o elo, são os nossos olhos lá na casa, nossos não, os olhos da política de saúde dentro da casa da pessoa. São eles. (E2)

Porque assim, sem eles a gente não teria o perfil epidemiológico da área, sem eles a gente não teria conhecimento dos problemas. [...] Se ele for observa ele é uma liderança. [...] a contribuição muitas vezes é a orientação da população do funcionamento da rede, quais os serviços que são oferecidos no município para melhorar a qualidade de vida desse paciente e essa informação eles as vezes levam. Então ele é o mediador quando eu falo fundamental e eu reforço junto a eles, porque às vezes eles podem direcionar essa família para poder suprir essa necessidade no local ou encaminhar para mim quando não sabe a informação. Agora trazer a problemática eles sempre trazem. E aí às vezes a gente resolve em conjunto ou individualmente a gente tenta fazer o que é possível. (E4)

Eu conto muito com o agente aqui. Desde que eu entrei na prefeitura, eu estou nessa unidade e só conheço a realidade daqui, não posso dizer a dos outros [...]. Aqui eles são muito participativos, eles são de fato o elo de ligação com a população, eles que trazem as demandas urgentes. (E5)

Eu acredito e tenho certeza disso pela vivência, que o ACS tem um envolvimento grandioso na parte social. Sabe por quê? Primeiro ele tem acesso à casa das pessoas pelo menos uma vez ao mês. Então, ele sabe onde está o foco do problema. Como eu falei antes, eles são o elo de ligação para nós. (E7)

Ele é a peça fundamental para a gente, pois traz a demanda para o PSF. Quantos hipertensos eu tenho, onde tenho mais problemas, onde está tendo violência... Para mim, sem eles aqui o PSF não existiria. Seria apenas um ambulatório. (E8)

[...] o ACS é o elo da ligação da comunidade com a equipe. O trabalho dele é essencial para a ESF. O ACS que desempenha bem suas atividades traz as demandas da comunidade e leva as informações da unidade de saúde, porque as equipes não tem como estar em cada domicílio. (E9)

Quando se considera que o ACS é elo entre o sistema de saúde e a população, está se afirmando o potencial de mediação que esse profissional é capaz de desenvolver mediante a relação entre o conhecimento científico e o saber popular. A facilidade de diálogo dos ACS com as pessoas da coletividade foi mencionada em vários depoimentos:

[...] Porque muitas vezes eu não consigo me comunicar com determinados pacientes e o agente consegue. Ele sabe muito melhor do que nós profissionais de saúde. Já me surpreendi com um novo que chegou e que tinha o dom da palavra. Achei meu ouro, não é? Eles estão fazendo um projeto de educação no trânsito. Então foi uma coisa assim: ele chegou aqui no salão e ele começou a falar com a comunidade numa capacidade de comunicação que eu desconhecia. Veio uma voz não sei de onde, lá do fundo, com um dom da palavra e ele começou a falar dos números da violência, do que a gente poderia fazer para mudar e fizeram uma blitz lá na BR. Gente, eu fiquei impressionada [...] (E1)

Eles amam fazer teatro, amam... Tivemos um projeto em parceria com o Detran, escolheram o transporte seguro de crianças. Fizeram teatro aqui na Unidade. Fizeram teatro na escola, para o CEINFS, para a Associação de Pais e Mestres. Precisa ver o olhinho [...] (E2)

O ACS gosta muito do trabalho lúdico, de estar trabalhando a promoção, a prevenção. Eles ficam motivados quando a gente pensa num grupo, vamos fazer um grupo, vamos trabalhar uma atividade educativa. Eles gostam de sair daquela coisa da rotina de visita domiciliar, eles se envolvem quando a gente tem que fazer uma atividade educativa. (E3)

Porque a cultura é igual do usuário. Ele vai falar do jeito que vier na cabeça dele. (E8)

A comunicação com a população é facilitada principalmente pelo vínculo com o saber popular, pela utilização da linguagem simples e acessível e porque o ACS compartilha com os demais moradores o mesmo universo sociocultural. Há uma estreita ligação entre cotidiano social do ACS, o trabalho em saúde e educação popular em saúde.

Para o Ministério da Saúde uma das atribuições do ACS é promover a educação em saúde e a mobilização comunitária. Para que isso se efetive, além de se aproximar das famílias, eles devem ser capazes de expressar as contradições presentes nas condições de vida dos grupos sociais menos favorecidos, objetivando a organização da população para promover a transformação dessas condições (Brasil, 2009c).

Entretanto, atividades relacionadas com educação em saúde e mobilização comunitária nem sempre são realizadas por esse profissional:

Eles não podem fazer uma palestra aqui na frente. É a ação educativa. Eles não podem. [...] Porque não é função deles. Eles podem auxiliar. Se eu for lá, a médica for lá, ele pode me auxiliar [...] Passar a folha de frequência [...] Eles falam que é proibido falar. (E8)

A depoente considera que a função dos ACS é auxiliar os profissionais de nível superior na realização das ações educativas ou de mobilização comunitária. Durante as oficinas pedagógicas, vários agentes verbalizaram que sua função nos encontros educativos é conseguir prendas nos estabelecimentos comerciais da área de abrangência, passar folha de frequência entre o grupo de participantes ou organizar o ambiente. Mas não lhes é permitido serem protagonistas das ações.

[...] é uma visão equivocada. O trabalho do agente, quando começou essa forma de trabalho, era ele que realmente desenvolvia ações na comunidade. O agente pode e deve fazer o trabalho junto às lideranças comunitárias e à comunidade. Acho que é uma insegurança das equipes. Como não se sentem com autonomia para desenvolver as ações, acabam também não dando essa autonomia. [...] Então eu vejo que muitas vezes o enfermeiro, o próprio gerente da unidade e a equipe acabam não dando essa autonomia para o agente por receio de ocorrer alguma coisa mais comprometedora por conta de envolvimento político, de movimentos políticos que existem nos bairros, o que acaba limitando essa ação do ACS. Mas isso é fundamental, o trabalho do agente teve origem no trabalho das necessidades da comunidade. (E9)

A atuação tímida dos ACS em ações educativas e mobilização comunitária pode realmente ser creditada ao receio do envolvimento dos ACS com questões político-partidárias? Os depoimentos a seguir evidenciaram que os motivos estão mais relacionados ao direcionamento do processo de trabalho:

[...] uma crítica ao serviço. A proposta do ACS ser da comunidade é justamente esse objetivo de mobilização, de vínculo, de estar instigando a participação. Só que a

organização assistencial hoje não permite isso. Está previsto na sua função, mas não permite. Em que sentido: o carro-chefe do trabalho dele é a visita, é o número de visitas que ele faz por famílias. É isso. É isso que ele vai ser cobrado. Ele não vai ser cobrado por quantas ações educativas ele fez na comunidade e deveria ser. Houve até uma proposta quando eles estavam lá no COHAB, uma coisa que a gente levou até para o Conselho Distrital de Saúde. A gente tem agentes muito bons, que gostam de fazer isso, que gostam de mobilizar, que gostam de fazer a ação educativa. Porque que quando o ACS sai do itinerário de sua visita e faz uma ação educativa não é contado como produção, para a produtividade dele. Não aparece nas metas dele, já que se cobra tanto número, não aparece. É um trabalho perdido, então muitos não vão fazer. Não vão fazer porque não aparece. Eles não são pagos para isso. São pagos em cima do número de visitas. (E2)

Mobilização comunitária não é o principal, não é o foco. O foco na verdade é a visita para as famílias. (E3)

Eu percebo que a SESAU esta mais preocupada em acompanhar as situações de risco, quais são os indicadores que tem que ser atingidos. (E4)

Não tem espaço para o ACS fazer intersetorialidade e participação social porque o trabalho dele é direcionado para número de visitas. Outro dia eu estava pensando que a gente não os aproveita como deveria, já que eles têm esse vínculo com a comunidade. (E8)

O ACS pode sim fazer atividade educativa, mas como a Secretaria cobra as metas do diabético, do hipertenso, da gestante, do idoso em sua visita domiciliar e a equipe não dá conta de atingir o número de famílias que é pedido no fechamento do mês, as próprias enfermeiras falam: - Não dá, vocês não vão fazer atividade educativa, tem de ir para o campo. (OFC 3)

Existe uma grande preocupação com o número de visitas a serem realizadas pelos ACS porque elas fazem parte das metas a serem alcançadas em decorrência da proposta ministerial Pacto pela Vida, um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população e reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, ao estabelecer um conjunto de compromissos e metas sanitários considerados prioritários.

O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados. Para tanto, estabelece um conjunto de metas a serem cumpridas em torno de prioridades que apresentam impacto

sobre a situação de saúde da população brasileira. Os compromissos sanitários pactuados de forma tripartite deverão ser efetivados pela rede do SUS e estão relacionadas a seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e Influenza; promoção da Saúde e fortalecimento da Atenção Básica (Brasil, 2006c).

Entretanto, a percepção dos ACS e gerentes como protagonistas na efetivação do Pacto pela Vida mostra que os profissionais sentem-se presos ao cumprimento de metas estipuladas em função de repasse financeiro para o município e que isso acaba redundando em um processo de trabalho mecanizado, acrítico e despido de criatividade:

[...]. Nós temos realmente um modelo de agenda realmente bem engessado, onde eu tenho uma quantidade, uma produção do profissional que tem que ser atingida, se não ele não recebe a produtividade dele [...]. (E2)

O ACS vai a uma casa, demora muito tempo e aí ele tem uma meta que precisa cumprir. Chega lá tem um monte de crianças que precisa cadastrar, verificar a vacina de cada um e muitas vezes isso não é compreendido. (E3)

O Ministério nos últimos anos tem trabalhado com esse engessamento [...] Quanto mais alta a meta, mais você recebe verbas significativas. A pactuação faz com que você suba suas metas, ofereça uma meta grande como forma de receber mais recursos. [...] O Ministério entende que pactuando alto, você vai correr mais. A Prefeitura, aceitando a pactuação alta, vai receber mais. (E6)

[...] infelizmente, no nível do Ministério, a produtividade, os números dos estados e dos municípios conta muito [...]. Até para a questão de verbas. E isso é o dificultador. Porque quando você trabalha em cima de números, você acaba não se preocupando muito com a qualidade do serviço que você presta. Então, se eu tenho que fazer X preventivos, atender uma comunidade que tenha um cálculo em cima daquilo lá, quando eu não consigo é um desespero de causa. Porque a gente sabe que há uma cobrança, que o pessoal vai [...]. (E7)

Os ACS referem insatisfação com relação às visitas domiciliares em virtude da falta de tempo para situações do cotidiano que requerem maior envolvimento e educação em saúde:

Eles visualizam números, não qualidade. É a meta. Eles não querem qualidade no seu trabalho. Vamos supor: às vezes eu tenho uma residência em que eu tenho que ficar por uma hora para poder ajudar, fazer o que precisa ser feito. Não, eu não posso. Porque se eu ficar uma hora não vou cumprir o número de visitas que eu tenho que fazer no dia. Então, quer dizer: para eles o número vale, qualidade não. Não tem qualidade infelizmente porque se a gente for realmente colocar na ponta do lápis, não tem condições de fazer uma qualidade ideal.
(OFC 3)

Tem mãe que não vê a necessidade de dar a vacina certinha, mensalmente. Elas falam assim: Vai brigar, vai doer, vai chorar. Tem que esperar o marido, tem que esperar [...]. Você tem que dar um tempo naquela casa. Se você atrasa, o calendário da vacina mudou. Agora a vacina é mensal, desde que nasce até o sétimo mês. Dois meses, quatro meses, seis meses, precisa dar a vacina. Ai vem três meses, cinco meses, sete meses. Se você acumular essas vacinas, mãezinha, seu bebe vai sofrer mais, vai chorar mais. E essas vacinas são necessárias porque cobre isso, cobre aquilo, cobre aquele outro [...]. E se você não der, ele vai ficar doente, vai ficar internado. Você precisa de tempo, você precisa pegar a carteirinha de vacina e mostrar para ela o porquê.
(OFC3)

Se eu pudesse mudar alguma coisa, ao invés de ficar me preocupando com metas, eu iria me preocupar mais com a qualidade. Um exemplo é um casal de idosos analfabetos que eu tenho. Gostaria de ter mais tempo de ir à casa deles para orientar quanto ao uso da medicação. Eu passo somente uma vez por mês, duas vezes, no máximo. A gente não pode ficar fazendo tanta revisita. Mas esse casal precisa, porque os filhos trabalham, saem cedo, voltam à noite e aí eles se perdem no horário da medicação. Porque é muita medicação, os comprimidos são todos parecidos e eles não conseguem diferenciar.
(OFC3)

Agora se resume a: Tá tudo bem? Ficou internado? Ficou doente? E assina a fichinha. Você está fazendo visita fria. Se você chegar lá e falar: Bom dia! Assina a fichinha e aí tchau! até o mês que vem.
(OFC3)

Eu mudaria. Ao invés de metas eu mudaria para qualidade do trabalho. Em vez de sermos cobrados por metas a gente iria atrás dos problemas, para resolver os problemas, a situação que a gente encontra na casa. Não só preocupado em fazer a visita e ir embora. Ir lá e resolver a situação que está lá.
(OFC3)

[...] prioriza-se muito a produção e o ACS é além da produção.
(OFC 1)

A capacidade de estabelecer vínculo com as famílias é um dos significados mais profundos quando se analisa a experiência e a identidade do ACS. Mediante o vínculo com as pessoas, os agentes conseguem ver e entender a necessidade delas, sendo possível fornecer-lhes ajuda. O vínculo, considerado teoricamente como “relações tão próximas e tão claras que todo sofrimento do outro nos sensibiliza” (Rizzotto, 2002, p. 199), estabelece-se principalmente durante as visitas domiciliares. De certo modo, as visitas fomentam o empoderamento social, uma vez que se constituem como uma estratégia para amplificar vozes que habitualmente não são ouvidas:

O agente de saúde por si só já é um psicólogo. Porque na hora em que ele se propôs a entrar na casa de uma pessoa e ouvi-la, ele já é psicólogo, porque está ouvindo a população. Não interessa se é uma pessoa que não quer nada, não interessa se é uma pessoa que está doente. Porque às vezes você chega à casa da pessoa e ela não quer nada, só quer desabafar. [...] Ela falou, falou, falou. Ela não quer que você leve para lugar nenhum, ela não quer que você resolva, ela não quer nada. Ela só quer que você a ouça. Ela acabou de falar, ela ficou boa. A necessidade de ser ouvida [...] (OFC 5)

Às vezes chega lá e a pessoa não quer falar nada. De repente, começa a falar e você [...] Acontece comigo: eu chego na casa vou fazer uma visita rapidinha ali, de 20 minutos. Você passa quase uma hora lá, duas horas. (OFC 5)

As visitas domiciliares constituem tecnologias leves de trabalho, as quais se caracterizam por encontros intersubjetivos em que há fala, escuta, interpretações, cumplicidade, confiabilidade, acolhimento e aceitação. Os ACS estão deixando de operar um trabalho vivo em ato, voltado para as necessidades das pessoas (Merhy, Franco, 2003). Essa atividade considerada nucleadora para a produção do cuidado está perdendo significado para os agentes, porque o tempo para escutar a família vem sendo substituído apenas pela exigência de um número maior de visitas.

Os depoimentos descritos até aqui induzem a perguntar até que ponto a pactuação de indicadores do município de Campo Grande contribui para o fortalecimento da promoção da saúde e qual

é a participação dos trabalhadores em saúde nessa pactuação. As falas sugerem que esse processo se dá em nível central e que as metas podem estar superestimadas:

Na realidade, a gente pactua bem mais do que é preconizado pelo Ministério. A M sabe falar muito melhor disso porque é ela quem coordena a parte dos programas. E tem as pactuações que são de cada área, por exemplo, saúde da mulher, saúde da criança [...].
(E9)

Um agente falou para mim: quem fez esse negócio de metas não está aqui na ponta, está sentado lá no gabinete, no ar condicionado. Ele imagina que uma pessoa tem que atender 100 famílias, mas não quer saber quanto tempo vou demorar. Não quer saber que às vezes eu chego lá na casa e não consigo sair porque eu tenho que conversar, orientar [...] Ele falou para mim que “Eu tenho 20 minutos para atender aquela família”.
(E8)

Quando o processo de construção das metas é distante dos trabalhadores de saúde, torna-se difícil atribuir-lhes significado no cotidiano:

As metas deveriam ser pactuadas no nível local, que a princípio teria maior conhecimento da realidade de seu território, de sua capacidade instalada e das necessidades a serem enfrentadas para, de fato, organizar suas práticas de forma democrática e participativa, construindo assim a pactuação das metas em conformidade com o conceito de Atenção Básica. Entretanto o que se verifica na realidade é que este movimento de pactuação ainda está distante de ser democrático e participativo. A equipe, por não possuir espaços de escuta e discussão, por vezes, é considerada como uma simples executora do plano, não tendo consciência do real impacto de suas ações (Cubas, 2011, p. 1760).

Uma pactuação participativa certamente não redundaria em tantas angústias e sofrimento no trabalho cotidiano:

Tem aquela questão: o Município só recebe o recurso se atingir a meta que o Ministério determinou. A unidade X é diferente da minha, mas não há um olhar diferenciado, tudo é colocado no mesmo saco. Quer dizer, a meta a ser alcançada deveria ser diferente a depender da realidade de cada unidade. Tudo gira em torno de números para gerar dinheiro. (E8)

[...] eu tenho uma área, eu não atinjo meta em muita coisa. Por ex., em exames preventivos, porque as pessoas tem plano de saúde. São pouquíssimas mulheres que usam a unidade básica para fazer preventivo. A minha meta de preventivo nunca é atingida. E eu não tenho como levar essas mulheres e falar assim: - Você não vai pagar, não vá ao seu plano, vai lá. Elas não vão. Essa meta não é atingida. Outra meta que eu também não atinjo: a questão de criança. Quem tem uma condição social melhor não tem mais que dois filhos e olhe lá. Entendeu? Com meu número de crianças, eu não vou atingir nem em sonho. (OFC 3)

Esse contexto de supervalorização da produtividade leva ao enfraquecimento do papel do ACS de “mediador e aglutinador das forças coletivas”, tão importantes para a efetivação da promoção da saúde. Os depoimentos de algumas gerentes revelam a necessidade de uma atuação mais voltada ao aspecto social e político:

Tem que fortalecer essa questão da comunidade, dele [agente] com a comunidade. Não somente com relação a visita, mas de trabalhar grupos e a comunidade. (E2)

Eu acho que precisa ser ampliada a visão do trabalho do ACS. Acho que vai muito além da visita domiciliar, das metas, [...]. Eu acho que vai muito além [...] (E3)

O Perfil de Competências Profissionais do ACS elaborado pelo Ministério da Saúde serve de base para as instituições formadoras. Nele, o trabalho do agente não se resume a conhecimentos técnicos e habilidades (saber fazer), mas requer habilidades pessoais (saber ser) diretamente relacionadas com a maneira como desenvolvem o trabalho e posicionam-se diante da coletividade. Aproxima-se do papel de mediador social.

Em 2004 foi publicado pelo Ministério da Saúde o Referencial Curricular para Curso de Técnico, segundo o qual os ACS deveriam:

[...] ter potencializadas suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria

saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente. Além disso, o curso deverá reforçar o papel social do técnico ACS de atuar como mediador entre distintas esferas da organização da vida social (Brasil, 2004c, p. 17).

O artigo 2º da Lei 10.507, que regulamenta a profissão do ACS, descreve que as atividades dos ACS devem se caracterizar por ações de prevenção das doenças e promoção da saúde no meio familiar ou comunitário. Existe, entretanto, uma contradição entre o que é emanado juridicamente ou proposto em termos de formação pelo Ministério da Saúde e o que é cobrado dos ACS no cotidiano de trabalho nas UBSF:

Na época da Força Tarefa foi colocado que os ACS tinham que fazer 20 visitas. Eles falaram: - É humanamente impossível a gente fazer 20 visitas no dia. Como vou chegar numa casa que às vezes tem lixo até o teto? Vou ter que abordar aquela família, orientar, ensinar [...]. Vou levar três horas para poder sair de lá. E eu tinha que cobrar: cadê as 20 visitas? Então, o Ministério, ao mesmo tempo em que propõe a humanização, cobra uma coisa que não vai humanizar nunca, porque tem de cumprir a meta. Como eu vou ficar com a D. Maria conversando, orientando, tentando criar elo de confiança, vínculo? Falar de prevenção, promoção, que é importante ela dar atenção para os filhos, se eu estou pensando lá na frente que eu tenho que fazer 10 casas ainda? (E8)

A realidade dos serviços mostra que o trabalho do ACS está centrado em excesso de burocracia e que as ferramentas utilizadas são restritas, limitando suas possibilidades de atuação e resolutividade:

[...] é exigida muita coisa burocrática e às vezes ele poderia estar se dedicando um pouquinho mais a outros serviços. [...] Ele se perde dentro da desmotivação e da demanda que lhe é passada pela Secretaria. (E4)

[...] hoje existem os protocolos e você tem que seguir. E muitas vezes você não atinge o objetivo que realmente é priorizado pela família. Cada caso é diferente. Então o modelo de assistência do ACS, o que ele dá para as famílias, é muito burocrático. Não vai ao encontro à necessidade de cada família, que é diferente. O modelo de assistência do ACS teria que ser diferenciado. Cada caso é um caso. [...] Algo que priorize as famílias. O ACS tem vontade de fazer e não pode fazer. (OFC 3)

O depoimento supracitado é muito contundente ao afirmar que é necessária uma mudança no processo de trabalho do ACS, que não tem respondido às necessidades das famílias pelas quais são responsáveis. Que reflexões estão sendo realizadas para aproximar as experiências e saberes desses profissionais com o trabalho prescrito? Ou, perguntado de forma mais objetiva: que aproximações existem entre o trabalho prescrito e o trabalho real?

Os saberes da experiência fundamentam-se no trabalho cotidiano e no conhecimento de seu meio. São saberes que brotam da experiência e são por ela validados. Incorporam-se à vivência individual e coletiva sob a forma de *habitus* e de habilidades, o saber-fazer e o saber-ser (Candau, 2003, p. 146).

É preciso captar e refletir que a diversidade de saberes demandada pelo mundo do trabalho exige uma formação ampla que busque aliar teoria e prática. A proposta do referencial curricular para curso técnico para ACS tem exatamente esse propósito e deve ser operacionalizada pelas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e pelos Centros de Formadores de Recursos Humanos em Saúde (CEFOR). Esse processo não teve continuidade em Campo Grande:

Ficou muito na responsabilidade do Estado essa formação. A escola Técnica do SUS, Escola de saúde Pública. Acho que a gente vai ter que retomar porque eu não tenho nenhuma informação da continuidade desse processo. Realmente foi lá em 2006, 2007 que se discutiu a questão da profissionalização dos agentes comunitários e acabou que não deu continuidade. (Coord.)

Também não sei o porquê, mas eu ouvi bastante reclamação deles. Cadê nosso Curso Técnico? Não sei por que, não foi implementado [...] (E2)

Foram escolhidas umas enfermeiras da rede e foi ministrado. [...] Diz a lenda que vai ter o segundo módulo e que nós vamos formar técnicos em saúde. (OFC 5)

O processo formativo dos ACS reduziu as capacitações de caráter esporádico, das quais nem todos os ACS têm oportunidade de participar:

O que tem hoje são coisas [...]. Não se dá a formação integral de 1.200 horas. São oferecidas são algumas capacitações. A gente está nos Caminhos do Cuidado, que faz parte da política de saúde mental e combate ao crack que os agentes estão fazendo. (E9)

E a gente tem esses cursos algumas vezes ao ano, aparece um de hanseníase, outro de vacinas, outro de [...]. (OFC 5)

Depois tem esses cursos que são dados. Só que às vezes vem para todos, às vezes vem só para o distrito tal. Eles não dão uma preferência. Não são todos os agentes [...] Não. Às vezes vem e eles falavam [...]. Na Unidade eles falam: fulano, fulano e ciclano vão fazer esse curso. Não é para todos. Tem pessoas que tem muitos cursos e outras não tem nenhum. (OFC 5)

Entretanto, a maioria dos ACS ingressa no trabalho sem formação:

Aí o enfermeiro vem e dá a explicação para você. Ele manda o novo agente com um antigo para ir fazer visita nas casas. Esse é o treinamento. Você vai fazer visita na casa junto com o outro que vai te passar, não é o enfermeiro. É o outro agente para te treinar. Você vai e dali dois, três dias, você pega sua pasta e vai para sua área e vai trabalhar. Esse é o treinamento. (OFC 5)

ACS é uma profissão regularizada. Só que quando um profissional novo entra, quem treina é o ACS mais velho na função. Você treina da forma como você aprendeu há dez anos. Eu acho que não se está dando muita importância e nem valorizando o profissional ACS, porque não há empenho em formar ou capacitar para o trabalho. (OFC 3)

Na verdade nós nunca tivemos um curso preparatório para ser ACS. (OFC 5)

Essa situação revela uma grande contradição: embora o ACS seja considerado um elemento central da Política de Atenção Básica a formação profissional que lhe é oferecida, está muito aquém da complexidade de atribuições que lhe são destinadas (Morosini, 2010).

O processo de qualificação desestruturado, fragmentado e insuficiente para desenvolver as competências necessárias ao desempenho adequado da função soma-se às inúmeras adversidades relacionadas à complexidade dos problemas sociais,

os quais não tem merecido o apoio necessário da equipe e de outros setores:

Minha área é carente e eu tenho muitos problemas relacionados a isso. Eu passo para o enfermeiro, o enfermeiro passa para a assistente social, a assistente social não vai. Não faz nada e ri. Tenho um problema sério com uma criança que vai fazer um ano e não tem registro. Tenho problema sério da mãe que é usuária de droga e não vacina a criança. Eu já passei tudo. Eu faço relato de tudo. Eu mando para frente, mas não tenho aquele respaldo, entendeu? Vou perguntar, não sabem de nada. Vou perguntar para a assistente social: - Ah! eu vou ter que ver um tempo para ir lá. Não quer gastar gasolina do carro dela para ir lá. Minha área é bem complicada, é perto do lixão. Tem que mudar muita coisa. O que querem saber é se a gestante ganhou o nenê, a gente vai lá, faz a visita e pronto, já vai. Mas aquele problema mesmo que tem que ser resolvido continua. (OFC 3)

O que acontece com a SESAU? Ela sabe que nós somos o elo, isso é fato, mas na hora que a gente precisa resolver determinados casos, não tem a resolução das coisas. [...] A gente vê a situação, passa para frente e a coisa fica invisível. O agente acompanha aquele caso, os vizinhos cobram, os moradores cobram e questionam: - E aquela situação lá? Essa minha área nova tem um terreno em que o cara é muito bom de conversa. A casa dele é um lixão. [...] E os vizinhos começam a cobrar da gente. E a gente faz o quê? Já passamos esse caso. O pessoal da vigilância chega lá, olha, relata e vai embora. Solução que é bom, nada. (OFC 4)

Na minha área teve uma invasão. [...] eles estão lá rodeados de lixo, esgoto a céu aberto. É uma situação muito crítica mesmo. [...] é fossa aberta, é criança correndo, a situação é muito feia, crítica mesmo, favelão feito de lona. [...] Eles não têm casa, não tem saneamento, não tem água, não tem alimentação, não tem nada. Eu passei para frente esse relato. O que aconteceu: a imprensa foi lá, o serviço social da Prefeitura foi lá, fizeram o cadastramento do bolsa-família [...]. Mas na verdade nós sabemos que foi só para aquietar a imprensa. Porque eles falam para a gente que não tem nada lá. Continua tudo igual. (OFC 4)

Eu praticamente participei no caso de violência e ainda estou chocada. Aquilo que apareceu na televisão, lá daquele senhor que deixava a mulher presa, em cárcere privado, com as crianças. Nós passamos aquilo lá há uns quatro anos atrás para a enfermeira. o caso foi passado para frente e morreu o assunto. Ficou por isso mesmo. (OFC 4)

Na supervisão da violência você notifica, o enfermeiro passa para frente e às vezes eles vão. Acho que a visão deles é turva para a violência. Eu não sei se está espancando na hora que eles chegam. Esses dias eu fui

visitar uma idosa, ela reclamou da violência que sofre do filho que é alcoólatra. Quando ele bebe obviamente que fica agressivo. Ele nunca a agrediu fisicamente porque quando ele bebe ela não o enfrenta. Ela se tranca no quarto. A porta dela tem umas três a quatro trancas. Isso é o quê? A resposta da notificação está lá: você deve notificar todas vezes em que você vai aquela casa. Mas depois eles visitam e a assistente social coloca que não foram encontrado indícios, aquela coisa toda chique porque ela não tem marcas roxas, ela está em pé tomando os remédios certinhos. Só se eu for junto e mostrar. Mas eles não chamam. Por que aquele monte de trancas na porta? Na frente do filho ela não fala porque ele vai beber depois. Quando o filho sai, ela conta que ele é agressivo, nunca bateu porque ela se tranca. Por isso eu falo: acho que a visão de violência é turva. (OFC 4)

Abandonei de ficar fazendo relato. O vizinho fala: - M, fulano está batendo na mulher todas as noites. Eu passo o telefone: na hora da surra você liga para a polícia, liga para alguém vir fazer alguma coisa. Mas ele liga e a polícia não vem. quatro a seis horas depois a polícia passa. No meu bairro está assim. (OFC 4)

Embora percebam os problemas que afetam as famílias, sentem-se impotentes para resolver, apoiar ou encaminhar as necessidades da população, o que gera sofrimento psíquico e aumenta sua vulnerabilidade.

Nós convivemos todos os dias com os problemas da droga, da prostituição, do latrocínio, dos maus tratos, dos maus tratos dos animais, a questão social em si, ambiental... A cabeça do ACS com toda essa bagagem todo dia [...]. O ACS não tem tempo para reflexão. Ele quer mandar uma energia positiva para a cabeça dele. Ele fala assim: não vi, não bate um santo naquela hora para poder esquecer. Que às vezes é tão triste, tão triste que com esse peso você já vai para casa assim, entendeu? [...]. (OFC 2)

Os ACS tem se deparado com situações que transcendem suas possibilidades de resolutividade, pois envolvem atuação interdisciplinar e intersetorial. Contudo, suas falas mostram seus esforços para garantir a resolução dos problemas e uma preocupação com a transformação das condições concretas de vida da população. Esse investimento não encontra resposta na forma como o trabalho está organizado. Sentem que não são ouvidos ou apoiados na busca de soluções.

Os agentes comunitários de saúde são os profissionais que fazem a mediação entre a população e os serviços de saúde. Ao não se dar a devida importância aos problemas que trazem, diminuem-se não somente as possibilidades de interpretação do que ocorre no cotidiano dos territórios, mas também os enfrentamentos necessários para as situações identificadas como problemas. É como se uma mordaca fosse colocada no que a comunidade está falando. Essas fragilidades somam-se às condições precárias de trabalho:

[...] o EPI que é imposto. E a gente sabe também que aquilo ali é para a proteção dela, só que ela tem essa dificuldade de estar usando. É um sapato duro que por mais que esteja ali para proteger, no caso dela não é adequado. Não tem como andar de bicicleta... (E3)

O sol, até por essa questão que o próprio Ministério da Saúde preconiza que nós não devemos ficar expostos ao sol. Até nisso, o horário deles não é diferenciado. Ou seja, a saúde é para o outro, para o meu profissional não é? Não deveria ser assim, se não pode expor ao sol, então eles não poderiam trabalhar das 10h00min da manhã as 16h00min da tarde. Não poderiam. Não poderiam ficar expostos ao sol. Eles não tem o EPI adequado. Muitos deles compram o tênis de R\$ 200,00 porque esse sapato que eles ganham machuca o pé. [...]. É muito papel que eles têm que carregar. [...] As mulheres também são assediadas. Como que vai assinar a folhinha lá atrás da porta do banheiro, o homem atrás. Em tempo de trancar ela lá dentro? [...] É muito complicado e eles são muito massacrados. Muito. E o trabalho deles é muito árduo. Aqui na Unidade a gente pode dizer o que a gente quer, a gente está em trabalho. Nós que somos servidores públicos, tem uma lei que rege a gente. Mas dentro da casa da pessoa é inviolável. Então eu tenho que escutar, tenho que respeitar porque eu preciso entrar lá no mês que vem. Então é muita carga emocional em cima deles. (E2)

Condições de trabalho: a gente tem? Não tem direito não. Outra: que nem esses calçados, os EPI. A minha guerra é com esses sapatos do EPI. Até que calça e camiseta você leva em consideração apesar de não ser adequado. Porque eu mesma tenho dificuldade... Aquela malha me dá uma alergia insuportável. Porque eia não transpira, ela não absorve o suor. Então você anda no sol, transpira e seu suor fica na pele. O sal te dá alergia. Eu pelo menos tenho alergia. Ela não obedece, ela não absorve, entendeu? Ai o suor fica escorrendo. Então onde a calça fica eu fico pura alergia por causa do tecido daquela camiseta. Eles nunca pesquisaram, nunca perguntaram para nós, nunca disseram como vocês acham que deve ser? Não. Eles vão lá fazem e a gente

tem que usar. Aquele sapato detona. Por quê? Ele não tem amortecedor, ele é pesado, ele é duro, ele não é flexível. Coluna, joelho, nervo ciático é um pesadelo com aquilo lá, e eles querem obrigar a gente usar. De todo o nosso EPI eu detesto. (OFC 6)

Não usar o sapato foi uma luta, porque o enfermeiro quando chegou era novo na rede. Na minha equipe ninguém usava e ele questionou a mim. Eu falei: não uso porque com a outra enfermeira ela sabe que eu tenho problema na coluna. Ele não falou nada. No outro dia ele falou: mas na sua pasta não tem nada. Então você vai usar. Fui ao ortopedista, peguei um laudo, trouxe para ele. Ele disse que o laudo não servia. Pedi outro, foi para a SESAU. Depois de dois anos eu tive que ir a SESAU, levei ressonância [...] (OFC 6)

Aconteceu lá na nossa unidade uma vez [...]. A menina foi visita e tinha duas piscinas e ela chegou e colocou a mochila para dar uma olhada porque mesmo tirando O PNCD de nós, temos que olhar. Ela chegou e colocou a mochila assim [...]. E foi olhar a piscina [...]. Quando ela levantou a cabeça o homem estava do outro lado pelado. E ela ficava [...] Ela ia para cá, ia para lá. Ele só não pulou porque tinha uma piscina. Ai ela ficou e ela ia... Ela largou a mochila, largou tudo e saiu pelo portão. (OFC 6)

Então assim: se a Secretaria, se todas as esferas da saúde prestassem mais atenção no trabalho do agente comunitário eles por si só nos respeitariam e nos remunerariam de uma maneira melhor. (OFC 6)

Eu acho assim, eu tenho certeza disso. Tem que começar pela questão salário. Mas isso é uma briga em longo prazo. Para você trabalhar bem, você tem que ganhar bem. Porque isso aí inclui saúde em todos os contextos. Outra questão a colega falou que é diminuir as famílias. Eu acredito que 129 famílias por agente comunitário seria uma quantia razoável. A gente trabalharia uma média de seis casas por dia durante vinte dias. Isso daria uma qualidade no nosso trabalho. (OFC 3)

Eu fui assaltada com revólver, me levaram a bicicleta. [...] Passei essa semana agora, antes de ontem numa casa que são três esquizofrênicos [...]. E eu fico com medo. Eles estão sem medicação com essa troca de prefeito e de Secretario. Ele vai à casa de saúde, não consegue pegar. Ele está sem medicação. É ele, o filho e a esposa. Todo mundo. O filho tem 20 anos e a antiga agente colocou a fichinha dentro do banheiro. Eu tenho que entrar na casa. Eu entro e o menino vai atrás de mim com aquela cara de maluco [...]. (OFC 6)

Apanhar de morador. Que foi o que aconteceu com minha colega. Nós passamos no mercadinho para comprar um pão para o filho dela e ir trabalhar. Chegou uma moradora que nunca tinha a visto na vida. Você é a fulana? Sou. Porque você não fez o Cartão da Família para fulana? Mas ela não mora lá. Não me interessa. E foi batendo a mão no peito dela. Quando saiu lá fora ela

só não bateu mais porque eu entrei na frente e consegui empurrar ela. Falei vamos embora. (OFC 6)

Conforme as falas as situações desfavoráveis para a realização do trabalho são inúmeras: condições climáticas caracterizadas pelas altas temperaturas e pela exposição solar sem proteção, baixos salários, equipamentos de proteção individual inadequado, risco de assédio sexual, responsabilidade por um número muito grande de famílias a serem visitadas mensalmente, excesso de peso a ser carregado, em virtude da grande quantidade de papéis, uma carga horária extenuante, exposição às doenças infecto contagiosas, situações de violência. Todos esses fatores acabam gerando processos de desgaste emocional e físico decorrentes do trabalho. Diante dessa realidade foi verbalizado por gerentes e pelos próprios agentes comunitários, uma necessidade de reconhecimento e valorização do trabalho:

[...] até pouco tempo a gente ouvia assim: há o agente comunitário como se ele não fizesse parte da equipe. Como se ele não integrasse o quadro de profissionais daquela unidade de saúde. Isso é muito grave. Infelizmente em alguns momentos até hoje de algumas falas a gente percebe isso. Eu acho isso muito triste sabe por quê [...]. De não dar a devida valorização e reconhecimento do quanto é importante aquele trabalho, aquela atuação. Que o agente comunitário, que ele faz bem essa mediação, a gente tem resultados muito bons, você consegue muita coisa na área, reverter muitas situações. Agora se a equipe, os profissionais não verem esse valor que ele tem é muito complicado. Realmente os agentes tem uma sobrecarga muito grande. (E9)

[...] desmotivação também está ligada à valorização do trabalho do ACS. Eu acho que eles não são valorizados como eles deveriam. Existe uma cobrança em cima do trabalho que é desenvolvido pelo ACS e eles poderiam ser mais valorizados... Em termos de salário, de qualificação do trabalho, em termos de condições de trabalho, que eu acredito que eles não têm. Até mesmo essa cobrança de cumprimento de metas que eles precisam cumprir. Só que muitas vezes não tem condições de estar cumprindo. Conversamos sobre a questão do sol quente, do filtro solar, não recebem filtro solar para trabalhar. (E3)

[...] Eu acho que entra a desmotivação por conta do salário. Da parte econômica. A desmotivação porque é exigido muita coisa burocrática, e às vezes ele poderia estar se dedicando um pouquinho mais a outros

serviços, que você tem que fazer levantamento de um monte de coisas. [...]. Eu acredito que para melhorar a qualidade do trabalho, a carga horária deveria ser menor, porque oito horas você sair depois de um horário de almoço, no sol quente não é a mesma qualidade do que no período da manhã. Seria melhor. Com certeza. Porque você vê o desgaste diário com a exigência das oito horas. Também eu acredito que se o uniforme deles... Porque eu acredito que teria que ser feita uma pesquisa até entre eles, sobre qual é a melhor forma, qual o uniforme que protege, mas que também é confortável para o uso deles. Eles reclamam muito do sapato, da calça, da camiseta. Eu acho que como é eles que vão usar, eles teriam que opinar. (E4)

[...], a implantação inicial dos agentes comunitários exigia o fundamental completo e olhe lá. [...] Agora, hoje em dia nós temos agentes comunitários que tem faculdade. Então o que acontece, esses não concordam e até com certa razão, não sei como fazer essa diferenciação quando se fala de salário, porque todos ganham a mesma coisa. Então, acho que tem que se pensar em alguma maneira. Tem que se pensar em produtividade? Tem. Mas acho que tem que valorizar o profissional, porque tem vários que estudam mais, que buscam que estão correndo atrás. Tem que haver uma diferenciação como você o considera dentro dos seus limites de aprendizagem, porque tudo isso pode ser direcionado para uma melhoria da comunidade. Se você investe nele, consequentemente o trabalho dele será melhor. Então tem que se pensar numa melhoria nesse sentido. Não tratar o agente comunitário sem diferenciação porque o salário não é dos melhores. Eles ganham pouco mais que o salário mínimo. Sejam justos na questão. Teria que se valorizar mais. (E7)

O que é muito triste no trabalho do agente comunitário é que vários agentes antigos ou novos que ficam doentes, como eles não podem ser remanejados porque agente tem que nascer e morrer agente, ou ele sai da função e vai procurar se tratar de outro jeito ou então tem que trabalhar ou ficar encostado porque a Secretaria não valoriza esse funcionário. Ele ficou doente na função do trabalho, fazendo o trabalho e ele não é valorizado. Eles poderiam muito bem o deixar ser atendente ou simplesmente jogar na farmácia ou ocupar ele dentro da unidade de outra forma. (OFC 5)

A mulher que trabalhava comigo foi pedido remanejamento para ela. Você sabe qual era o quadro que é compatível com agente comunitário: não estou desfazendo da função, mas é jardineiro. (OFC 5)

Como oferecer acolhimento humanizado à população se as condições e relações de trabalho são desumanizadoras? Não é possível dar o que não se têm ou que não se recebe. Para se promover saúde, é necessário que o trabalho seja uma fonte de

saúde para os trabalhadores, o que requer o reconhecimento do esforço e do investimento que o trabalhador faz em sua tarefa. Nesse estudo, os depoimentos revelam que existem condições de trabalho desfavoráveis, geradoras de desgaste e estresse que possivelmente estão desencadeando o adoecimento dos ACS:

Eu tenho agentes que têm problema de coluna, não podem andar de bicicleta e precisam fazer as visitas a pé. Tenho outra ACS que tem problema de circulação, então ela trabalha se arrastando, o pé muito inchado e ela não tem condições de usar o sapato. (E3)

Eu tenho dois com problema psiquiátrico. Você vê que não é um atestado qualquer, vê que ela não está bem. E quem sou eu como gerente para ficar questionando atestado? Eu não. Se o profissional médico deu, vai procura melhorar e volta depois. (E2)

O coitado tem problema mental seriíssimo [...]. E eu tenho essa agente de cinco anos que tentou voltar, mas não tem mais condições. Ela é CID F33. (E5)

Para você ter uma ideia tem a questão agora de muitos ACS afastados por problemas de saúde mental e ortopédico. Ortopédico eu sei é devido dificuldade no trabalho, peso e tudo mais. Na questão mental é o seguinte: muitos ACS chegam se envolver emocionalmente com as famílias. Eles passam a ser muitas vezes referência para a família, muito mais que o próprio companheiro da família. Porque algumas vezes você conversa com muitos deles lá, pergunta para o ACS que ele sabe. Coisas que você pensa: - como ele sabe? Porque às vezes eles se abrem tanto com os ACS e os agentes absorvem problemas que não conseguem resolver e isso acaba provocando problemas mentais sérios. Píram fácil por conta disso. (E7)

Os depoimentos revelam situações observadas na primeira fase desse estudo por ocasião das visitas realizadas às unidades de saúde para aplicação dos questionários para levantar o perfil dos ACS. Em praticamente todos locais havia ACS ausentes. Os motivos, segundo informações dos gerentes, eram em sua maioria devidos licença médica por problemas psiquiátricos ou ortopédicos.

Há estudos associando o sofrimento mental com a organização do trabalho e os problemas físicos como decorrência das condições de trabalho. Por condição de trabalho entende-se o ambiente físico, químico e biológico, as condições de higiene e

segurança, as características do posto de trabalho. Já a organização do trabalho refere-se à divisão do trabalho, ao conteúdo da tarefa, ao sistema hierárquico, às modalidades de comando e às relações de poder (Dejours, Dessors, Deriaux, 1993).

A realidade municipal de Campo Grande mostra que são urgentemente necessárias ações para apoiar a diminuição do sofrimento e desgaste decorrentes do processo de trabalho.

Como contemplar ao mesmo tempo saúde do trabalhador e qualidade da assistência na AB quando se discute o trabalho cotidiano do ACS? A resposta para essa pergunta é outra pergunta: Quais são as necessidades que o território coloca para os ACS? É a partir e com base nessa reflexão, que o processo de trabalho deve ser pensado, ao invés de se voltar para questões puramente administrativas que acabam limitando a efetividade das ações.

A lógica de gestão produtivista que adentra a administração da rede de AB do SUS se expressa em exigências quantitativas, baseadas também numa avaliação meramente quantitativa. Essa forma de gestão do trabalho acaba expropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho e não permite que o usuário seja o centro do cuidado porque a preocupação é gerar produtos em função da estrutura dos serviços.

De acordo com a afirmação, retirada do DVD, de Louvison (2014):

[...] conhecer e debater indicadores, protocolos, o que se chama de tecnologias leve-duras. As tecnologias leve duras precisam ser conhecidas por todos nós, nós precisamos saber quais são as melhores evidências, quais são as melhores práticas. Até para tomar decisões, até para buscar recursos, para que essas linhas de cuidado que garantam esses recursos possam estar disponíveis para todos. Mas nós precisamos ter a condição e a opção de não tê-los como obrigatoriedade, como uma tecnologia leve-dura que nós somos obrigados a fazer sempre do mesmo jeito, o tempo todo porque não dá para nos produzirmos coisas diferentes e transformarmos a vida das pessoas junto com essas pessoas sem considerar a singularidade, sem considerar

as necessidades específicas de uma situação ou de outra, de um território ou de outro. [...]. É preciso ter diretrizes sim, mas é preciso respeitar a singularidade [...].

Embora as prescrições sejam as regras que definem como o trabalho deve ser realizado, as situações cotidianas e os imprevistos nem sempre são definidos pelas prescrições. Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores devem ser convidados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a pensar o melhor modo de trabalhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender os diversos contextos específicos.

Ao relembrar a evolução histórica das décadas de 70 a 80, no início da atuação do ACS, a essência de atuação do mesmo era bem diferente. Embora não fosse juridicamente reconhecido como profissional de saúde era uma pessoa da coletividade, para trabalhar com a vida cotidiana, porque tinha vínculos com as famílias e sabia das necessidades e valores culturais das pessoas.

E hoje? Parece que foram tão tolhidos e burocratizados ao longo dos anos, em função de tantas rotinas e atribuições, que sua função primordial está se perdendo. Até que ponto não se está reeditando programas verticais no momento que se começa a cobrar exclusivamente número de visitas, planilhas, indicadores? Os ACS passam a ter que responder tantas exigências delegadas pelo sistema que, por muitas vezes, acabam se desvinculando dos movimentos de dentro da coletividade. Passam a ser apenas, profissionais com inúmeras tarefas, que no final do mês devem prestar contas sobre o que fizeram ou deixaram de fazer.

No entanto, o ACS deveria ser um profissional comprometido com os valores e os conhecimentos de sua cultura, com atitude e capacidade crítico-reflexiva para abordar questões relativas ao território, família, participação e mobilização social.

Desse modo, é possível promover a satisfação dos ACS com relação ao trabalho, pois lhes permitirá desenvolver suas potencialidades, por meio da liberdade de expressão e criação, favorecendo os laços cognitivo-técnicos com o resultado de suas atividades:

Eu acho que eles mesmos enxergam que poderiam fazer muito mais e não conseguem [...]. Porque estão aprisionados. Eles têm muita vontade e se sentem presos, amarrados. (E3)

Muito mais que locais de produção de bens e serviços, as instituições de saúde podem constituir-se em espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos, os quais trabalham nos serviços de saúde e de encontro com os usuários. Quando as instituições caracterizam-se pela burocratização, fragmentação e centralização passam a ser, apenas espaços produtores de sofrimento e desgaste.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quais as possibilidades e os limites no trabalho do ACS para a promoção da saúde no município de Campo Grande? Responder a esse questionamento é bastante difícil pelo receio de reduzir ou simplificar realidades, ao mesmo tempo, complexas, contraditórias e dinâmicas.

Entretanto, construir um modelo assistencial baseado na promoção da saúde passa por considerações sobre três dimensões entrelaçadas: gestão, atenção e formação, tripé fundamental para responder às necessidades da coletividade e contemplar o conceito ampliado de saúde.

No que tange à gestão, é necessário avançar na busca do compartilhamento de ações relativas à construção do cuidado. Isso pressupõe a prática de gestão participativa e traduz-se em uma forma de administrar que inclui o pensar e fazer coletivo ou cogestão. No entanto, os depoimentos dos ACS revelaram um modelo gerencial ainda baseado pela imposição de tarefas a serem executadas. Como trabalhadores da saúde, os ACS pouco participam das decisões sobre os rumos das ações desenvolvidas nas unidades em que trabalham.

Os usuários estão sendo mais incentivados a participar individualmente diante dos programas predeterminados pelo Ministério da Saúde, tais como o de Diabetes, Hipertensão Arterial, Saúde da Criança, da Mulher e outros. Entretanto, a dimensão participativa adquiriu um caráter normativo e vem sendo utilizada como meio técnico para promover a adesão dos usuários ao tratamento, visando ao alcance de metas estabelecidas.

O discurso sobre autonomia do usuário na decisão com relação à utilização dos serviços resume-se ao autocuidado e à

adoção de estilos de vida saudáveis, mediante a aceitação de orientações e recomendações dos profissionais de saúde.

Esse enfoque direcionado aos programas tende a desconsiderar as dimensões político-cultural e socioeconômica, contribuindo para a despolitização da população, gerando apatia e conformismo. Também inviabiliza um olhar amplo sobre o sujeito do cuidado, maior compreensão da realidade e discussões coletivas sobre as necessidades sociais.

O esvaziamento dos processos participativos locais precisa ser revertido. Parte da resistência à participação mencionada pelos ACS, talvez possa ser atribuída ao fato de que os Conselhos Locais de Saúde dedicam-se principalmente a temas ligados à gestão e ao planejamento das políticas de saúde, e não à articulação e ao apoio a práticas solidárias e participativas de enfrentamento dos problemas de saúde na sociedade. É necessário ampliar as estratégias de participação e mobilização social, para além dos espaços institucionalizados. A participação precisa ser valorizada e estimulada no cotidiano das unidades de saúde.

A gestão participativa pode ser considerada uma estratégia para promover saúde nos locais de trabalho, porque ao mesmo tempo em que amplia a vocalização das necessidades sentidas pela população também escuta os profissionais de saúde. E valorizar sujeitos implicados no processo de produção de saúde, é contemplar a humanização dos processos de trabalho e reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho.

Essa aproximação é possivelmente a condição necessária para a realização profissional e existencial dos ACS em Campo Grande, os quais se encontram desmotivados em razão da ausência de reconhecimento e valorização de seus saberes, bem como pela impossibilidade de reinventar cotidianamente seu processo de trabalho.

O prazer no trabalho e a satisfação pessoal estão vinculados às possibilidades de ser criativo, ter liberdade para inovar, participar ativamente das decisões e ter reconhecida e valorizada sua prática profissional.

Com relação à atenção à saúde, é preciso produzir novas práticas e saberes que rompam com o paradigma biomédico, o qual já não responde a demandas e necessidades de saúde. O presente estudo evidenciou que em várias unidades de saúde existe um trabalho assistencial centrado na figura do médico, há dificuldades ou ausência do trabalho em equipe, falta de interação entre os profissionais do NASF e da ESF, práticas fortemente arraigadas ao modelo assistencial biologicista, vinculado à utilização de protocolos, que nem sempre respondem às incertezas da clínica e à complexidade do adoecer.

É necessário trazer o usuário para o centro do cuidado e do olhar dos profissionais de saúde para lidar com a subjetividade e a diversidade sociocultural das necessidades e dos problemas de saúde. Não se trata apenas de reconhecer intelectualmente a dimensão subjetiva das relações clínicas, mas aprender a lidar com o fluxo de afetos inerentes a essas relações. O que está em jogo é a reconstrução da ideia de sujeito, do olhar para a pessoa além da doença que apresenta, levando-se em conta o conhecimento que possui sobre si mesma, sobre o adoecer e a saúde, como focos essenciais da reconstrução conjunta de sentidos em direção a uma vida saudável.

Lidar com saberes, poderes e afetos requer encontros entre trabalhadores e desses com os usuários. Espaços de aprendizado podem acontecer quando se coloca em prática a clínica ampliada.

O apoio matricial e o projeto singular terapêutico são dispositivos com potencial para ampliar a prática clínica. Possibilitam pensar e (re)inventar as práticas em saúde sem as restrições de

regras, protocolos e certezas, abrindo assim espaço para o inusitado.

As dificuldades de operacionalizar esses dispositivos de ampliação da clínica estiveram fortemente presentes nas entrevistas. Os motivos verbalizados foram a inexistência de espaço físico, a sobrecarga de trabalho, a desmotivação dos profissionais de saúde, o descrédito nos apoiadores e principalmente a inexistência de um trabalho interdisciplinar.

Essa situação reflete fragilidades de gestão, uma vez que os modos de gerir e cuidar são indissociáveis, ou seja, os modos de organização do trabalho determinam de forma significativa as práticas de atenção em saúde. A maior parte da energia gerencial está voltada principalmente para a padronização de atividades e o controle dos trabalhadores pelas metas de produção, sendo necessário valorizar e estimular a capacidade clínica de lidar com as singularidades.

Para que a gerência seja uma ferramenta importante na transformação do processo de trabalho é preciso que os responsáveis pela política de saúde da Secretaria Municipal de Saúde também deixem de ser aprisionados pelo núcleo duro da gerência, cujos reflexos se fazem sentir na esfera local.

A intersectorialidade, elemento fundamental na construção e efetivação, tanto do modelo assistencial quanto dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, na perspectiva da promoção, requer articulação entre os diferentes níveis hierárquicos. Entretanto, uma política intersectorial municipal ainda não é realidade no município de Campo Grande. Somente com articulação intersectorial será possível incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Os ACS em sua prática cotidiana acabam se defrontado e escancarando as mazelas sociais, que dependeriam da construção de políticas e de estratégias de intervenção mais amplas do que o

limite das práticas em saúde. Os problemas de saneamento básico, das drogas e da violência, bastante mencionados pelos sujeitos do estudo, estão intrinsecamente relacionados com questões sociais e demandam intervenções intersetoriais que precisam ser operacionalizadas mediante mecanismos oficiais.

No município, as experiências intersetoriais têm se limitado a propostas do Ministério da Saúde, como a Bolsa Família e o Programa Saúde na Escola. Mesmo essas não estão sendo desenvolvidas de forma integrada e têm contado principalmente com esforços individuais dos profissionais da saúde. Os sujeitos do presente estudo mencionaram as dificuldades de envolvimento e abertura dos diretores responsáveis pelas escolas públicas e a sobrecarga de atividades decorrentes da operacionalização do Programa Bolsa-Família.

A busca por melhores condições de vida necessita ser uma iniciativa que parta de todos os setores e segmentos e cabe a cada um, não só buscar a articulação, como também ser receptivo a ela. A partir de inserções de diferentes sujeitos sociais e do compartilhamento de distintos saberes, é possível caminhar em direção ao atendimento da totalidade das dimensões sociais. Para isso, são necessárias práticas de planejamento e avaliação participativas e integradas.

Trabalhar de forma intersetorial na realidade estudada, é ainda um processo bastante incipiente e de caráter pontual. O dia “D”, por exemplo, utilizado para prevenção da dengue no município mobiliza vários setores sociais, é realizado uma vez por ano, mas as atividades desenvolvidas são assistenciais ou prescritivas. O problema maior permanece e está relacionado às práticas insuficientes de prevenção do vetor nos domicílios. Minimizar o problema depende da adesão da coletividade às propostas de prevenção e do significado que elas alcançam para as pessoas. Seria mais propositivo refletir se foram realizadas reuniões

comunitárias, que lideranças e recursos da comunidade foram encontrados e que poderiam ser aproveitados, ou que estratégias e dinâmicas tem sido adotadas no trabalho com a comunidade.

Mudar paradigmas de atenção e gestão passa ainda pela necessidade de formação, um grande desafio considerando-se que essa mudança ocorre em um cenário tomado pelas práticas hegemônicas em decorrência da existência de um perfil profissional com diferentes trajetórias e sem formação específica para atuar na área da Saúde Coletiva.

Uma estratégia é tomar a proposta de educação permanente em saúde, um dos sete eixos da Política Nacional de Humanização, como aliada de suma importância nesse processo de mudança. A educação permanente baseia-se na reflexão crítica sobre o processo de trabalho e ocorre por meio da problematização coletiva das demandas que se apresentam no cotidiano.

Neste estudo, os depoimentos revelaram que, embora possa ser uma ferramenta de mudança do processo de trabalho, a educação permanente tem sido reduzida a treinamentos técnico-operativos com objetivo de capacitação e atualização dos profissionais da saúde.

Os treinamentos realizados não instrumentalizam os profissionais de saúde para interrogar as desigualdades sociais e problematizar os seus rebatimentos na vida cotidiana dos usuários, ou seja, como cada história de vida e suas demandas expressam-se no dia a dia dos serviços.

A educação permanente precisa ser urgentemente fortalecida no município de Campo Grande. Não se trata apenas de uma estratégia de formação profissional, mas, sobretudo, de uma possibilidade de mudança e superação das práticas organizacionais, ainda bastante caracterizadas pela ausência do trabalho interdisciplinar, um dos reflexos da concepção do processo saúde-doença. A visão biologicista ou de completo bem-estar físico, mental

e social da OMS foi bastante mencionada pelos gerentes responsáveis pelas UBSF e certamente tem influenciado as práticas de gestão tradicionais que limitam transformações no processo de trabalho e o pleno atendimento das necessidades de saúde da população.

Quando se interpreta o fenômeno saúde-doença, há implicações de diferentes ordens, dentre elas o alcance que proporcionam: os horizontes podem ampliar-se ou restringir-se. A visão estreita sobre o processo saúde-doença mostra não somente a necessidade de uma formação específica em gestão para o SUS, mas vem reforçar também a importância da educação permanente, que contribui para a construção de uma nova consciência sanitária, não apenas dos profissionais de saúde e usuários, mas também dos gerentes. Nessa perspectiva, a gerência passa a ser não somente produto de determinado contexto, mas criadora do mesmo, e tem potencial para imprimir uma nova direcionalidade ao processo de trabalho em saúde.

A necessidade de repensar a direcionalidade do processo de trabalho foi em parte evidenciada nos depoimentos dos ACS, quando mencionaram a ausência de reconhecimento do trabalho que desenvolvem e a desvalorização de seus saberes e discursos por parte da equipe e de outros setores sociais.

Isso revela que, além de não terem potência suficiente para imprimir outra lógica de trabalho nas equipes, estão imersos nas práticas hegemônicas de cuidado. A educação permanente em saúde além de propiciar a troca de saberes e vivências, poderia ser uma forma de mostrar a importância de cada profissional para o alcance da integralidade da atenção.

Descobrir possibilidades e criar condições para que haja um reconhecimento da limitação dos saberes específicos, e nesses processos abrir espaços que facilitem o diálogo entre os

profissionais, é um dos principais desafios da prática gerencial no município de Campo Grande.

O sentimento de desvalorização dos ACS está em parte relacionado com a falta de incentivo a sua formação técnica. Ficou evidenciado nesse estudo, que atualmente esses trabalhadores aprendem na prática aquilo que deveria ter-lhes sido oferecido antes de exercer efetivamente a profissão. Os facilitadores desse processo são outros ACS que já vivenciam o trabalho há mais tempo.

Com relação ao Curso Técnico de ACS, nem todos participaram da primeira etapa e não existe previsão de quando a segunda será oferecida. O que tem sido oferecido são capacitações direcionadas a temas pontuais, que sequer alcançam a totalidade dos agentes. O processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e em geral, insuficiente para oferecer suporte a suas vivências.

A maior contribuição dos ACS à promoção da saúde reside na capacidade que têm de se considerar os discursos e saberes populares, para que encontrem um lugar nas práticas institucionais. Mas para potencializar essa característica dos ACS, que tanto pode contribuir à promoção da saúde, faz-se necessário uma formação profissional que o torne de fato um educador e agente de transformação social.

Atualmente, o principal foco do trabalho educativo realizado pelos ACS está muito relacionado à prevenção de doenças abordadas pelos programas do Ministério da Saúde, quando o foco do trabalho deveria ser estimular a capacidade das pessoas para enfrentarem problemas mediante suas condições concretas de vida. As estratégias pedagógicas estão pautadas no convencimento da população em relação às orientações fornecidas pelos serviços. Com isso, os agentes acabam assumindo a responsabilidade de dominar certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina, minimizando seu potencial transformador, que reside no

conhecimento sobre a linguagem e as experiências da população, bem como no cuidado centrado no usuário.

Sob o enfoque prioritário em programas e critérios de risco, os serviços tendem a uma ação voltada prioritariamente à doença, muito mais que aos indivíduos em seu contexto, e à realidade que oculta o próprio viver. Essa lógica encontra-se sustentada pela racionalidade normativa e instrumental, a qual não fortalece a autonomia, a organização e a participação da coletividade na consolidação do SUS. A participação precisa somar-se à dimensão política, de modo a contribuir com a politização das relações sociais e aprofundamento da democracia.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde, se tomada como eixo estruturante em torno do qual possa ser feita, não somente à formação dos ACS, mas de toda equipe, tem potencial importante para contemplar as necessidades sociais em saúde. Os referenciais teóricos, as práticas e metodologias da EPS são uma estratégia singular, não somente à horizontalidade entre o saber popular e técnico-científico, mas também visando a reconstrução da participação popular. Faz-se necessário propiciar uma aproximação dos profissionais em saúde com essa proposta político-metodológica, que pode contribuir para a superação das desigualdades sociais e formas de discriminação, violência e opressão.

A despeito de seu potencial à promoção da saúde, os ACS não são os únicos responsáveis pela transformação das práticas em saúde. Fazem parte de uma realidade de trabalho, sem que possam determinar como ela deve ser. Mas, é preciso questionar o que lhes tem sido proporcionado para que se possam potencializar ações comprometidas com a construção da cidadania e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

Adorno RCF. A cidade como construção moderna: um ensaio a respeito de sua relação com a saúde e as "qualidades de vida". *Saúde Soc* [Internet]. 1999;8(1):17-30. [citado 2012 set. 12]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n1/03.pdf>>.

Aicher J. *Designing healthy cities: prescriptions, principles and practice*. Melbourne: Kreiger Publishing Company; 1998.

Alberti V. História dentro da história. In: Pinsky C. *Fontes históricas*. São Paulo: Contexto; 2005. p. 15-202.

Alves AAM, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e econômicos da saúde mental. *Rev Port Saúde Pub*. [periódico internet]. 2010;28(2):127-31. [citado 2014 set. 20]. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003&lng=pt>.

Alves GG. O processo de capacitação desenvolvido em um PSF: a experiência da utilização da educação popular e da pesquisa-ação como estratégia educativa. *Bol Saúde*. Porto Alegre. 2004;18:41-58.

Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):319-25.

Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em Saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2004;8(15):375-80.

Amoretti R. A Educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Brasileira Educ Médica*. 2005;29 (2):136-46.

Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1987. 429 p.

Antunes A. De Alma-Ata ao Rio - O que dizem as principais declarações da OMS sobre determinação social da saúde e quais as críticas à elas. [Entrevista Internet]. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) Fiocruz; 2011. [citado 2013 set. 15]. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=596>>.

Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP/Fiocruz; 2003.

Ávila MMM. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama [tese]. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):43-62.

Balestrin MF, Barros SABM. A relação entre concepção do processo saúde doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. *Voos Rev Polidisciplinar Eletron da Faculdade Guairacá*. 2009;(1):18-41. [citado 2012 set. 13]. Disponível em: <<http://www.revistavoos.com.br>>.

Barata RB. Epidemiologia e saber científico. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 1998;1(1):14-27. [citado 2012 set. 13]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v1n1/03.pdf>>.

Barata RB. Epidemiologia social. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2005;8(1):7-17. [citado 2012 out. 20]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/02.pdf>>.

Barata RB. A historicidade do conceito de causa. In: Carvalheiro JRI, organizador. *Textos de apoio: epidemiologia*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO; 1985. p: 13-27.

Barata RB. Desigualdades sociais e saúde. In: Campos, GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 457-86.

Barros JAC. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde Soc*. 2002;11(1):67-84.

Baquero M. Democracia formal, cultura política informal e capital social no Brasil. *Opin Publica*. 2008;14(2):380-413.

Batistella C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca AF, organizador. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 25-49.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [citado 2012 nov. 12]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 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; jul. 1990a. Seção 1. p. 18055.

Brasil. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990b. Seção 1. p. 25694.

Brasil. Ministério da Saúde, Programa de Saúde da Família. Brasília: COSAC, 1994.

Brasil. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Ministério da Educação; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 1997. p. 11-3.

Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB nº 04/99. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde: As cartas e declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde. Brasília; 2002a.

Brasil. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília; 2004a.

Brasil. Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004, Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde. Brasília; 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde [Internet]. Brasília; 2006a. [citado 2013 jan. 19]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/formas-de-gestao-do-sus/portarias/portaria_n687gmde30demarcod_e2006.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o pacto pela saúde: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília; 2006c. Seção I. p. 26.

Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 2007a. p. 2.

Brasil. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília; 2008. p. 18.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília; 2009a. [Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27]. 157 p.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. Integração entre Educação e Saúde na Escola. In: Anais I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília; 2009c. [Série A, Normas e Manuais Técnicos]. 260 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília; 2013.

Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: Hucitec; 1991.

Breilh J. Uma perspectiva emancipadora da pesquisa e da ação baseadas na determinação social da saúde [Internet]. 2008. [citado 2012 nov. 20]. Disponível em: <www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/texto_do_breilh_em_portugues.pdf>.

Buss PM. Promoção da saúde e saúde pública: contribuição ao debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 1998.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):163-77.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CMF, organizadoras. Promoção da saúde: concepções e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003:15-38.

Buss PM, Carvalho AL. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(6):2305-60.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis, 2007;17(1):77-93.

Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! Saúde Soc [Internet]. 2004;13(1):14-24. [citado 2012 dez 6]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/03.pdf>>.

Campaña A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 115-65.

Campo Grande. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Campo Grande: Prefeitura Municipal; 2009. 109 p.

Campo Grande. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Desenvolvimento Urbano – SEMADUR. Plano Municipal de Saneamento Básico Gestão Integrada de Resíduos Sólidos. Campo Grande; 2012a.

Campo Grande. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Instituto Municipal de Planejamento Urbano - PLANURB. Perfil socioeconômico de Campo Grande. 19ª ed. rev. Campo Grande; 2012b.

Campo Grande. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Secretaria Municipal de Saúde Pública. Plano Municipal de Saúde Campo Grande/MS 2014-2017. Campo Grande: Prefeitura Municipal; 2013. 157 p.

Campo Grande. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Instituto Municipal de Planejamento Urbano - PLANURB. Perfil socioeconômico de Campo Grande. 21ª ed. rev. Campo Grande; 2014.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública. 2005;21:1260-8.

Campos GWS. O anti Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad Saúde Pública; 1998;14(4):863-70.

Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Campos GWS, Domiti AC. Matriciamento e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2007;23(2).

Candau VM, organizadora. Oficinas pedagógicas de direitos humanos. Petrópolis: Vozes; 1995.

Candau VMF. A formação continuada de professores: tendências atuais. In: Reali AMR, Mizukam MGN, organizadores. Formação de professores: tendências atuais: São Carlos: EDUFSCar; 2003. p. 139-52.

Canguilhem G. O normal e o patológico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 55-78.

Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos. 1997;4(2):287-307.

Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1992.

Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Gadelha P, Carvalho JN, Pereira TR, organizadores. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro - população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p 17-40. 2 v.

Carvalho G. Vinte anos de SUS-CESSO. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F, organizadores. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Unisul; 2010.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(4):1088-95.

Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec; 2010.

Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.

Castro LJ, Vilar ALR, Fernandes PV. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS [Internet] 2004. [citado 2013 jan 26]. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/TextoASCpolicacaoROREHS.pdf>.

Ceccin RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2005;10(4):975-86.

Chiesa AM, Fracolli LA, Sousa MF. Enfermeiros capacitados para atuar no Programa Saúde da Família na cidade de São Paulo: relato de experiência. Saúde em Debate. 2004; 28(67):91-99.

Chiesa AM, Veríssimo MLOR. A educação em saúde na prática do PSF. In: IDS, USP, MS, organizadores. Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 34-42. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf>.

Comissão Nacional sobre Determinantes da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. [citado 2013 mar. 12]. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/>>.

Copernico N. As revoluções dos orbes celestes. Lisboa: Fund Calouste Gulbenkian; 1996.

Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Francesch SCC et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Brasileira Enferm. 2009;62(1):113-8.

Crevelin MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciênc Saúde Coletiva. 2005;(2):323-31.

Cubas M. Desafios para a enfermagem no alcance das metas da atenção primária. Rev Esc Enferm. São Paulo: USP; 2011;45(Esp. 2).

Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health. 2004;94(11):1864-74.

Czeresnia D, Machado CF, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, concepções e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Czeresnia D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar [Internet]. Julho de 2003 [citado 2012 nov. 15]. Disponível em: <www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/AcoesPromocaoSaude.pdf>.

Czeresnia D. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(1):19-29.

Dagnino E, Olivera AJ, Panfichi A. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: Dagnino E, Olivera AJ, Panfichi A, organizadores. A disputa pela construção democrática na América Latina. São Paulo: Paz e Terra; 2006. p. 13-26.

Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos. In: Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 39-58. [Série B, Textos Básicos de Saúde].

Dejours C, Dessors D, Deriaux F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Rev Admin Empresas*; 1993;33(3):98-104.

Delizoicov NC, Carneiro MHS, Delizoicov D. O movimento do sangue no corpo humano: do contexto da produção do conhecimento para o do seu ensino. *Ciênc Educ*. 2004;10(3):443-60.

Descartes R. Discurso do método. São Paulo: Martins Fontes; 1989.

Dowbor TP. O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2008.

Duarte MJO. Subjetividade, marxismo e Serviço Social: um ensaio crítico. *Serv Soc Soc*. 2010;(101):5-24.

Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad Pesquisa*. [Internet]. 2002. [citado 2013 mar. 25]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100005&lng=en&nrm=iso>.

Durão AV, Morosini MV, Carvalho V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: Vieira M, Durão AV, Lopes MR, organizadoras. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2011. p. 119-59.

Fachin O. Fundamentos da metodologia. 4ª. ed. São Paulo: Saraiva; 2003.

Falleiros I, Lima JCF, Matta GC, Pontes ALM, Lopes MCR, Morosini MVC et al. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: Fidélis C, Falleiros I, organizadores. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC/EPSJV; 2010. p. 239-76.

Faria AAC. Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Fausto MCR, Matta GC. Atenção primária a saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadoras. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPISJV; 2007. p. 43-64.

Fernandes JCA, Mendes R, organizadores. Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Aderaldo & Rothschild/Cepedoc; 2007. p. 41-60.

Ferraz ST. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. Saúde Debate. 1993;(41):45-9.

Ferraz ST. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. Rev Adm Pública. 1998;32(2):49-60.

Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML, Moysés ST et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. Rev Bras Educ. 2014;19(56):61-76.

Ferreira Neto JL, Kind L, Barros JS, Azevedo NS, Abrantes TM et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. Saúde Soc. 2009;18(3):456-66.

Feuerwerker LCM, Costa H. Intersetorialidade na rede unida. Rev Divulgação Saúde Debate. 2000;(22):25-35.

Feuerwerker LCM, Almeida MJ. O programa de saúde da família e o direito à saúde. Olho Mágico. 2000;6(22):22-5.

Fleury S. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Debates e síntese do seminário Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPISJV; 2010. p. 23-30.

Fontana A, Frey JH. Interviewing - The art of science. In: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research, CA: Sage; 1994.

Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1998.

Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.

Freire P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Freitas LSS. Quem são o que pensam e o que querem os agentes comunitários de saúde do município de Campo Grande/MS [monografia]. Campo Grande: Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser; 2003.

Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-59.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-626.

Gomes ML. Política Nacional de Promoção da Saúde: potência de transformação ou política secundária? [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

Gonçalves CCM. Cidade saudável – estratégia de desenvolvimento local em Campo Grande/MS [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2003.

Gonçalves CCM. Atuação sobre os determinantes sociais da saúde em uma iniciativa de Campo Grande/MS: Projeto Viva seu Bairro [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.

Gutierrez PR, Oberdiek HI. Concepções sobre a saúde e a doença. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoní Jr L, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL/ABRASCO; 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010 [Internet]. [citado 2013 mar. 30]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=50#topo_piramide>.

Instituto Trata Brasil. Ranking do saneamento - nova metodologia e resultados. [Internet] 2013. [citado 2013 mar. 28]. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.tratabrasil.org.br%2Favancos-e-desafios-em-saneamento-perspectiva-online-internet-cidade&ei=bQOYVL-VEue1sQSQkYLYCA&usg=AFQjCNHz1TMEHMnerKHZPBUDUQsmQzx9x_w&bvm=bv.82001339,d.cWc>.

Ishida VK. Estatuto da criança e do adolescente – doutrina e jurisprudência. São Paulo: Atlas; 2001.

Japiassú H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no programa saúde da família? Ciênc Saúde Coletiva; 2010;15(1):1533-41.

Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2001;8(1). [citado 2012 nov. 14]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/>>.

Koiré A. Considerações sobre Descartes. Lisboa: Presença; 1986.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.

Laverack G. Health promotion practice: building empowered communities. Londres: McGraw-Hill; 2007.

Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1976.

Lima JC, Moura MC. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. *Soc Estado*. 2005;20(1):103-33.

Louvison MCP. Qualidade e resolutividade na assistência à saúde no âmbito da atenção básica. [DVD]. In: 4º - Seminário Nacional de Diretrizes de Enfermagem na Atenção Básica em Saúde - SENABS. Campo Grande; 2014.

Luck H. Pedagogia interdisciplinar - fundamentos teórico-metodológicos. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.

Luchesi C. Estados de consciência e atividades lúdicas. In: Porto B, organizadora. Educação e Ludicidade. Salvador: UFBA; 2004. p. 11-20.

Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(3):167-76.

Mariconda PR. Galileu e a ciência moderna. *Rev Especiaria* [Internet]. 2006;9(16):267-92. [citado 2012 set. 18]. Disponível em: <www.uesc.br/revistas/especiarias/ed16>.

Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(1):5-13.

Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2008.

Martins Jr T. Apoderamento. *Rev Sanare*. 2003;IV(4):27-9.

Mathias MACS. Um trabalhador inventado pelo SUS. Profissional é fundamental para a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Poli Saúde Educ Trab*. 2008;1(1):22.

Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1996.

Mendes EV, organizador. A APS no Brasil. Brasília: OPAS; 2012. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. p. 55-69.

Mendes JMR, Lewgoy AMB, Silveira EC. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Rev Ciênc Saúde* [Internet]. 2008;(1):24-32. [citado 2012 nov. 18]. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3864>>.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*. 2003;27(65):316-23.

Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccin RB. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colect*. 2006;2:147-60.

Minayo MCS. Nossa dor é a dor da nossa vida. *Tempo e Presença*. 1986;(213).

Minayo MCS. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 173-89.

Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25ª ed. rev e atual. Petrópolis: Vozes; 2007.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2010.

Morosini MV. A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005 [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

Morosini MV. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2010. 202 p.

Morosini MV, Corbo AD, Guimarães CC. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. Trabalho, Educação e Saúde. 2007;5(2):261-80.

Moura MLS, Ferreira MC, Paine PA. Manual de elaboração de projetos de pesquisa. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998.

Nascimento S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. Serv Soc. São Paulo. 2010;(101):95-120. jan/mar.

Neto JLF, Kind L, Barros JS, Azevedo NS, Abrantes TM et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. Saúde Soc. 2009;18 (3):456-66.

Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Saúde Soc. 1994;3(2):5-21.

Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.

Oliveira MAC, Engry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev Esc Enf USP. 2000;34(1):9-15. [citado 2014 set 20]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a02.pdf>>.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Boletim Informativo da 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde. Nairobi; 2009. [Internet]. [citado 2014 set. 22]. Disponível em: <http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=5073>.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma Ata/URSS; 1978. [Internet]. [citado 2012 nov. 12]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>.

Ornellas CP. As doenças e os doentes: a apreensão das práticas médicas no modo de produção capitalista. Rev Latino Am Enferm. 1999;7(1):19-26.

Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

Palmeira G, Gondim GMM, Rojas LI, Ortiz ML et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Informação e diagnóstico de situação. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2004. v. 5, p. 10-111.

Pasche DF, Hennington EA. O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde. In: Castro A, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 19-40.

Paviani NMS, Fontana NM. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. Conjectura. 2009;14(2):77-88.

Pedrosa JIS. Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2001;1(2):155-165.

Pedrosa JIS. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9 (3):617-26.

Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2013;66(3):412-19.

Pereira MPB, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia. 2006;2(2):47-55.

Pereira SEN. Redes sociais de adolescentes em contexto de vulnerabilidade social e sua relação com riscos de envolvimento com o tráfico de drogas. [tese internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009. [citado 2014 set. 10]. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10482/4416>>.

Pinto C. Empowerment, uma prática de Serviço Social. In: Barata O, coordenador. Política social. Lisboa: ISCSP; 1988. p. 247- 64.

Pires Alves FA, Paiva CHA, Falleiros I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: Fidélis C, Falleiros I, organizadores. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC;/EPSJV; 2010. p.153-80.

Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Rabello LS. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

Reis INC. Promoção da saúde e reorientação de serviço: a experiência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval de Faria. In:

Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, organizadores. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos. Rio de Janeiro: ABRASCO/Fiocruz; 2002. p. 111-57.

Ribeiro LCS. As duas facetas da globalização: progresso e desigualdades sociais. Diálogo e Interação [Internet]. 2009(1). [citado 2014 set 10]. Disponível em: <www.faccrei.edu.br/gc/anexos/diartigos8.pdf>.

Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 2007.

Rivera JU, Artmann E. Promoção da saúde e planejamento estratégico situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. In: Czeresnia D, Freitas CMF, organizadoras. Promoção da saúde: concepções e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 183-206.

Rizzotto MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. Rev Bras Enferm. 2002;55(2):196-99.

Rodrigues MJ, Ramires JCL. Programa saúde da família: uma perspectiva de análise geográfica. Caminhos de Geografia. 2008; 9(27):45-55.

Roschke MAC. Educação permanente - compreensão: alguns conceitos e características essenciais. Olho Mágico. 2006;13(3):32-5.

Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec; 1994.

Rosen G. Uma história da saúde pública. 3ª ed. São Paulo: Unesp-Hucitec; 2006.

Santos SMP. O lúdico na formação do educador. Petrópolis: Vozes; 1997.

Santos MR. Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora/MG [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

Santos MR, Pierantoni CR, Silva LL. Agentes comunitários de saúde: experiências e modelos do Brasil. Physis Rev de Saúde Coletiva. 2010;20(4):1165-81.

Santos SMC. Principais motivos que levam ao absenteísmo dos agentes comunitários de saúde do município de Campo Grande/MS

[monografia]. Campo Grande: Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser; 2008.

Sauer L, Campelo E, Capillé MAL. O mapeamento dos índices de inclusão e exclusão social em Campo Grande/MS: uma nova reflexão. Campo Grande: Oeste; 2012.

Scherer MDA, Pires D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. *Templus-Actas Saúde Colet.* 2009;3(2):30-42.

Schraiber LB, Gonçalves RBM. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.* 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 276-86.

Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*, 2007;17(1):29-41.

Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(5):38-542.

SES. Secretaria de Estado de Saúde de MS Saúde da família - série histórica. Campo Grande; 2013. [Internet]. [citado 2013 mar. 24]. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=85809>>.

Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface Comun Saúde Educ.* 2003;7(12):91-112.

Silva JA, Dalmaso ASW. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Silva Jr AG, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA. *Modelos de atenção e a saúde da família.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41.

Silva JPV, Batistella C, Gomes ML. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: Fonseca AF, Corbo AMD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 159-76.

Skalinski LM, Praxedes WLA. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences.* 2003; 25(2):305-16.

Snow J. Sobre a maneira de transmissão do cólera. São Paulo: Hucitec; 1999.

Soares CB. Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva [tese internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007. [citado 2014 set. 12]. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-26112007>.

Stake RE. Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso; 2011.

Standing H, Chowdhury AMR. Producing effective knowledge agents in a pluralistic environment: What future for community health workers? *Social Science and Medicine*. 2008; 66(10):2096-107.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde. 2002. [citado 2011 mar. 20]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencaoprimaria_p1.pdf>.

Stotz EN, Araujo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde Soc*. 2004;13(2):5-19.

Stralen CJV. Do projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre a ideologia e realizações práticas. In: Teixeira SMF, organizador. *Projeto Montes Claros a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Alvasco; 1995. p. 165-91.

Telles VS. A pobreza como condição de vida: família, trabalho e direitos entre as classes trabalhadoras urbanas - São Paulo em perspectiva. *São Paulo: Fundação Seade*; 1990;4(2):37-45. [Internet]. [citado 2014 set. 20]. Disponível em: <www.cedec.org.br/pesquisas.asp?idControl=1w4EBg3rf5>.

Tonini CC. Representações sociais do processo saúde-doença de trabalhadores rurais - via metodologia Q, no Distrito de Arroio do Só, município de Santa Maria, RS [tese Internet]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2006. [citado 2012 jun. 10]. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/>>.

Torres CHDA. Ensino de epidemiologia na Escola Médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

Traverso Yépez M. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2007;11(22):223-38.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata/URSS; 1978. set, p. 6-12.

Valadão MM. Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva.* 2004;14(1):67-83.

Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(1):82-8.

Volich RM. Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

Westphal MF, Mendes R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Rev Adm Pública.* 2000;34(6):47-61.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. *Trat Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2006. p. 635-67.

WHO. World Health Organization. Sundsvall Charter for Health Promotion [Internet]. Geneva; 1991 [citado 2012 jan 18]. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/sundsvall.html>>.

WHO. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion [Internet]. Geneva; 2005. [citado 2012 jan 17]. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/bangkok.html>>.

APÊNDICE A - Ofício ao Secretário Municipal de Saúde

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: PABX (011) 30667544 - Fax: 30667546 - Telex: 80.902
C.P. 41633 CEP: 05422-970 - São Paulo/SP - Brasil

São Paulo, 11 de junho de 2013

Ilmo. Sr.

Dr. Ivandro Corrêa Fonseca

DD. Secretário de Saúde do município de Campo Grande

Sr. Secretário,

Nesta oportunidade, gostaria de apresentar a Professora Iara Cristina Pereira, docente da Universidade Federal de Campo Grande e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

A Profa. Iara Cristina Pereira está desenvolvendo sob minha orientação a investigação intitulada "Possibilidades e limites do trabalho de agentes comunitários de saúde para a promoção da saúde".

O projeto é financiado pela FUNDECT e já foi submetido ao Exame Geral de Qualificação, tendo sido aprovado pela comissão julgadora, composta por duas professoras doutoras. Também já foi inserido na Plataforma Brasil, em conformidade com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde - CONEP, que estabelece os princípios e diretrizes para investigações com seres humanos.

A pesquisa tem como finalidade contribuir para a construção de uma nova lógica de organização dos serviços, que considere a determinação social da saúde como fio condutor dos processos de trabalho na Atenção Básica, e como objetivo geral identificar possibilidades e limites no trabalho dos ACS para a realização de ações de promoção da saúde.

Para alcançá-lo, será necessário aplicar um questionário aos ACS que integram as equipes da Estratégia Saúde da Família, entrevistar os gerentes das UBSF e também a Coordenadora Municipal da Estratégia Saúde da Família. Posteriormente, serão realizadas seis oficinas com ACS que concordarem em participar,

com a finalidade de abordar os seguintes temas: conceitos de saúde e promoção, problemas e necessidades sociais, trabalho em equipe, intersetorialidade, participação social, formação e condições de trabalho.

Assim sendo, solicito sua especial atenção para autorizar a realização do estudo na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Asseguro-lhe que não haverá nenhum dispêndio de recursos por parte da Secretaria e que as oficinas serão realizadas em horários definidos de comum acordo com os gestores das Unidades, de modo a não comprometer o andamento do serviço.

Esperando contar com sua atenção, autorizando a realização da pesquisa no âmbito da Secretaria Municipal de Campo Grande, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira

Profa. Titular do Departamento de
Enfermagem em Saúde Coletiva da

Escola de Enfermagem
Universidade de São Paulo

APÊNDICE B - Carta Convite

Prezado Sr(a) Agente comunitário de saúde:

Na recente implementação da Estratégia Saúde da Família e no processo de construção do SUS, vemos como é de grande importância o papel do agente comunitário que, atuando com a comunidade, tem a possibilidade de contribuir para mudança das práticas de saúde centradas na doença e na cura, construindo com os demais profissionais da área e com a própria comunidade, práticas de promoção coletiva da saúde.

Diante disso, gostaríamos de convidá-lo para participar da Pesquisa intitulada “Possibilidades e limites do trabalho de agentes comunitários de saúde para a promoção da saúde”, que será realizada no município de Campo Grande/MS, cujo objetivo é refletir sobre o cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Atenciosamente,

Pesquisadora: Iara Cristina Pereira.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia Campos Oliveira

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - ACS

Eu, Iara Cristina Pereira, aluna do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, nível de doutorado, estou desenvolvendo uma pesquisa sob orientação da professora Maria Amélia de Campos Oliveira, intitulada “Necessidades sociais em saúde: possibilidades e limites para o trabalho de agentes comunitários de saúde”.

O estudo tem como objetivo identificar possibilidades e limites no trabalho dos agentes comunitários de saúde para a realização de ações de promoção da saúde. Sua finalidade é contribuir para a construção de uma nova lógica de organização dos serviços, que considere a determinação social da saúde como fio condutor dos processos de trabalho na Atenção Básica.

Gostaria de convidá-la (o) a participar como voluntária (o) desta pesquisa. Sua participação ocorrerá por meio da aplicação de um questionário e participação em seis encontros com outros agentes comunitários nos quais refletiremos sobre o cotidiano de trabalho.

Os encontros terão a duração máxima de uma hora e cinquenta minutos, e ocorrerão quinzenalmente, durante o período vespertino em data a ser acordada com o serviço.

Esta pesquisa não lhe oferece riscos ou prejuízos. Sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, se você desejar. Os registros individuais de seus dados serão mantidos em sigilo.

Os resultados do presente estudo serão descritos e analisados em um relatório formal, que, ao seu término, será apresentado publicamente. Os resultados também serão divulgados em eventos científicos ou publicações, porém sua identidade não será revelada e a confidencialidade dos dados será preservada.

Caso aceite fazer parte deste estudo, solicito que assine este documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Outras informações a respeito deste estudo podem ser obtidas com a:

Pesquisadora: Iara Cristina Pereira. Telefone pessoal: (67) 9945-2846 ou (67) 3026-8752. E-mail: iarabr02@brturbo.com.br

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira. Depto. de Enfermagem em Saúde Coletiva: (11)3061-7652 E-mail: macampos@usp.br

Eu,

_____,
declaro que fui convenientemente esclarecida pela pesquisadora responsável e compreendi com clareza as finalidades, os procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas. Desse modo, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

Assinatura do Voluntário

Assinatura da Pesquisadora

Campo Grande,de.....de 2013.

APÊNDICE D – Parte I
Questionário sobre Perfil e Práticas do ACS

UBS: _____ **Distrito Sanitário:** _____

QUESTIONÁRIO **Nº** _____

Parte I: Perfil do ACS

Sexo: _____

Idade: _____ anos

Qual a última série escolar que você concluiu com aprovação? _____

Fez algum curso profissionalizante?

1. () Sim
2. () Não

Caso a resposta anterior seja afirmativa, escreva o nome do curso realizado: _____

Qual é a sua renda familiar? (total bruto) R\$ _____

Quantas pessoas contribuem com a renda familiar? _____

Quantas pessoas vivem com esta renda, incluindo você? _____

Há quanto tempo é morador do bairro onde reside? _____

Há quantos anos atua como agente comunitário de saúde? _____

Qual o tempo de atuação na unidade de saúde atual? _____

Qual era a sua ocupação antes de ser Agente Comunitário de Saúde? _____

É estatutário?

1. () Sim
2. () Não

Você exerce alguma outra atividade remunerada?

3. () Sim
4. () Não

Caso a resposta anterior seja afirmativa, escreva o nome da atividade exercida

As informações contidas neste instrumento servirão para reflexão sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde nas Unidades de Saúde da Família de Campo Grande.

Gostaria de saber se você tem interesse em participar de encontros para discutir os resultados deste questionário. Estão previstos seis encontros, que serão realizados a cada 15 dias. Caso tenha interesse em participar, será solicitada autorização da chefia da Unidade e você será comunicado com antecedência.

Você gostaria de participar dos encontros: () Sim () Não

Em caso afirmativo, escreva o seu nome e telefone para contato:

Nome: _____

Telefone: _____

APÊNDICE D – Parte II

Atividades de Promoção em Saúde Realizadas pelo ACS

ATIVIDADE	FREQUÊNCIA COM QUE OCORRE				
	1. Sempre	2. Frequent/	3. Algumas vezes	4. Raramente	5. Nunca
Sua participação nas reuniões de equipe.					
Exposição de suas opiniões na reunião de equipe.					
Realização das ações propostas pela equipe.					
Orientação da comunidade sobre o funcionamento da UBSF, atividades e campanhas.					
Orientação da comunidade quanto às ações desenvolvidas em diversos serviços de saúde da rede municipal de saúde.					
Realização de reuniões com a população para identificar problemas comunitários.					
Participação de representantes da comunidade nas reuniões da equipe de saúde.					
Sua participação nas reuniões do Conselho Local de Saúde e de outros conselhos.					
Sua participação nas atividades da comunidade (igreja, associação de bairro...).					
Incentivo da população a participar de atividades de sua própria comunidade.					
Incentivo da população a participar das reuniões do Conselho Local de Saúde.					

APÊNDICE E – Ofício aos Gerentes das UBSF

Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Campo Grande/MS, 03 de janeiro de 2014.

Sr. (a) Gerente

Gerente da UBSF _____

Distrito Sanitário _____

Campo Grande/Mato Grosso do Sul

Prezada (o) Gerente,

Em continuidade com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa “Possibilidades e limites do trabalho de agentes comunitários de saúde para a promoção da saúde” comunicamos que a (o) agente _____ foi selecionada (o) para participar de seis oficinas pedagógicas com periodicidade quinzenal conforme cronograma abaixo:

MÊS/ANO	DIA	HORA
Janeiro/2014	17	14:00 – 17:00
	31	14:00 – 17:00
Fevereiro/2014	14	14:00 – 17:00
	28	14:00 – 17:00
Março/2014	14	14:00 – 17:00
	28	14:00 – 17:00

Diante disso, solicitamos a liberação da (o) mesma (o) das atividades laborais. Agradecemos a atenção antecipadamente e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Iara Cristina Pereira (pesquisadora)

APÊNDICE F – Convite para as Oficinas Pedagógicas

Prezado Agente Comunitário de Saúde _____

Temos o prazer de comunicar que você foi sorteado para participar das oficinas pedagógicas que fazem parte do projeto “Necessidades sociais em saúde: possibilidades e limites para o trabalho de agentes comunitários de saúde”. Os encontros serão realizados na Igreja São José, Rua Pedro Celestino, 1446 - Centro, segundo o seguinte cronograma:

MÊS /ANO	DIA	HORÁRIO
Janeiro/2014	17	14:00-17:00
Janeiro/2014	31	14:00-17:00
Fevereiro/2014	14	14:00-17:00
Fevereiro/2014	28	14:00-17:00
Março/2014	14	14:00-17:00
Março/2014	28	14:00-17:00

Informamos que sua participação foi autorizada pelo serviço e sua presença é muito importante para nós.

Atenciosamente,

Prof.ª Msc. Iara Cristina Pereira

Prof.ª Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira

APÊNDICE G - Planejamento da Primeira Oficina Pedagógica

1. O que vocês entendem por saúde?
2. O que é necessário para se ter saúde?

Interessa saber:

Concepção de saúde.

Sequência de atividades	Objetivo	Metodologia	RECURSOS
Preparar o ambiente	Proporcionar aos participantes um ambiente descontraído e aconchegante.	<p>Dispor as cadeiras em círculo e colocar um CD de música clássica.</p> <p>No canto da sala serão colocados copos descartáveis água e suco natural.</p>	<p>-16 cadeiras</p> <p>-Rádio</p> <p>-CD de música clássica</p> <p>-Copos descartáveis</p> <p>-Três garrafas de água</p> <p>-Suco natural</p>
Recepcionar os sujeitos da pesquisa Duração: 15 minutos	Realizar acolhimento dos participantes	<p>Conforme forem chegando, os participantes serão cumprimentados e receberão um cartão de boas vindas, que além da mensagem, conterá as informações sobre dias e horários dos próximos encontros. Também será entregue um crachá em branco para cada um. Solicitará para que se sentem no círculo. Após a chegada de todos, o coordenador se apresentará, explicando sobre o propósito e importância dos encontros.</p>	<p>-16 cartões com a seguinte mensagem de boas vindas:</p> <p>“AMIGO (A), QUE BOM QUE VOCÊ VEIO”.</p> <p>-16 crachás</p>
Realizar uma dinâmica de apresentação Duração: 20 minutos	<p>Promover a interação do grupo</p> <p>Criar um ambiente de descontração, onde os participantes possam trocar informações pessoais e, assim,</p>	<p>O coordenador da oficina distribuirá oito pares de diferentes borboletas de forma aleatória no quadro verde ou na parede, e solicitará que cada participante escolha uma borboleta. Posteriormente os participantes deverão procurar o seu par e trocar as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome; - cidade onde nasceu; - distrito sanitário onde 	<p>Oito pares de borboletas com cores.</p> <p>Fita crepe para fixar as borboletas.</p> <p>Canetas coloridas.</p>

continua

	estabelecer um primeiro contato.	trabalha; - o que mais gosta de fazer para se divertir; - no momento qual é o maior desejo. Após cinco minutos, cada participante apresentará o companheiro ao grande grupo e escreverá o nome do mesmo no crachá em branco, fixando-o em lugar visível.	
Realizar a dinâmica II Duração: 40 minutos	Identificar qual é o conceito que o grupo tem de saúde; Refletir sobre o que é necessário para se ter saúde; Construir um conceito ampliado de saúde.	O coordenador da oficina solicitará que os participantes se dividam em três grupos de quatro componentes, representando os quatro distritos sanitários. Posteriormente distribuirá cinco revistas por grupo e solicitará a seguinte tarefa: No período de 20 minutos, os participantes deverão selecionar figuras que simbolizem as condições necessárias para se ter saúde e confeccionar um cartaz a ser apresentado para o grande grupo. O coordenador estimulará o debate entre os participantes durante a apresentação e posteriormente elaborará uma síntese das apresentações, construindo o conceito de saúde do grupo registrando-o no quadro verde ou folha de papel pardo de forma visível. Finalmente estimulará a reflexão, comparando o conceito de saúde construído pelo grupo com o I artigo 196 da Constituição Federal e com o Relatório Final da VIII CNS que descreve as condições para se ter saúde. OBS: As apresentações dos participantes serão gravadas para posterior transcrição e análise.	Folhas de Cartolina, quatro tesouras, quatro tubos de cola, cinco canetas hidrocolor, giz para quadro verde, fita crepe, gravador.

continua

Finalização do encontro Duração: 10 minutos	Agradecer a presença de todos; Convidar para o próximo encontro.	O coordenador agradecerá a presença de todos, e presenteará os participantes com uma barra de cereal. Além disso, convidará os participantes para o próximo encontro, enfatizando dia e horário.	12 barras de cereais
--	---	--	----------------------

APÊNDICE H - Roteiro de Entrevista com a Gerência da Unidade

Entrevista Nº: _____ Data: _____
Início: _____ Término: _____ Duração: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____
Sexo: _____ Escolaridade: _____

Unidade de Trabalho: _____ Distrito: _____

Categoria Profissional: _____ Tempo de Formação: _____

Pós Graduação: _____

Tempo de atuação como gerente da unidade: _____

A SESAU forneceu algum curso de capacitação ou aperfeiçoamento para o desempenho de sua função? Em caso positivo, qual(is)?

PERGUNTAS NORTEADORAS

1. Há quanto tempo você é gerente desta USF? Como isso ocorreu (a designação)? Você já tinha experiência gerencial anterior?
2. Você vivenciou a implantação da ESF na Unidade? Como foi?
3. Como você caracteriza as necessidades de saúde da população do seu território?
4. Qual é a contribuição do ACS no atendimento às necessidades de saúde da população?
5. Que sugestão você daria para ampliar a contribuição do trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família?
6. Comente sobre o trabalho do ACS X participação social e ações intersetoriais.

APÊNDICE I - Roteiro de Entrevista com o Coordenador Municipal da Estratégia Saúde da Família

Entrevista Nº: _____ Data: _____
Início: _____ Término: _____ Duração: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade _____ Sexo _____
Escolaridade: _____
Categoria Profissional: _____ Tempo de Formação: ____
Pós Graduação: _____
Tempo de atuação como coordenador _____

PERGUNTAS NORTEADORAS

1. Fale sobre sua experiência como coordenador da ESF e EACS no município de Campo Grande. Como isso aconteceu? Que funções você desempenhava antes? O que a levou a ser designada (ou convidada) para este cargo.
2. Você acompanhou a implantação da ESF no município? Como ocorreu?
3. O que caracteriza o processo de trabalho das ESF no município?
4. Quais seus nós críticos e potencialidades?
5. Qual a participação (ou a contribuição) dos ACS às equipes? O que caracteriza sua atuação? Qual o diferencial? O que agregam ao trabalho das equipes? Quais são os nós críticos do seu trabalho na coletividade?
6. Comente sobre o trabalho do ACS X participação social e ações intersetoriais.

APÊNDICE J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - gerente e coordenador

Eu, Iara Cristina Pereira, aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, nível de doutorado, estou desenvolvendo uma pesquisa sob orientação da professora Maria Amélia de Campos Oliveira, intitulada “Necessidades sociais em saúde: possibilidades e limites para o trabalho de agentes comunitários de saúde”.

O estudo tem o objetivo identificar possibilidades e limites no trabalho dos agentes comunitários de saúde para a realização de ações de promoção da saúde. Sua finalidade é contribuir para a construção de uma nova lógica de organização dos serviços, que considere a determinação social da saúde como fio condutor dos processos de trabalho na Atenção Básica.

Gostaria de convidá-la(o) a participar como voluntária(o) desta pesquisa. Sua participação ocorrerá por meio de uma entrevista gravada com duração máxima de 90 minutos, ocasião em que refletiremos sobre o cotidiano de trabalho na ESF. Posteriormente a gravação será transcrita para análise.

Esta pesquisa não lhe oferece riscos ou prejuízos. Sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, se você desejar. Os registros individuais dos seus dados serão mantidos em sigilo.

Os resultados do presente estudo serão descritos e analisados em um relatório formal, que ao seu término, será apresentado publicamente. Os resultados também serão divulgados em eventos científicos ou publicações; porém a sua identidade não será revelada e a confidencialidade dos dados será preservada.

Caso aceite fazer parte deste estudo, solicito que assine este documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Outras informações a respeito deste estudo podem ser obtidas com a:

Pesquisadora: Iara Cristina Pereira. Telefone pessoal: (67) 9945-2846 ou (67) 3026-8752. E-mail: pereiraiara392@yahoo.com.br

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira. Depto. de Enfermagem em Saúde Coletiva: (11) 3061-7652

E-mail: macampos@usp.br

Eu, _____,
declaro que fui convenientemente esclarecida pela pesquisadora responsável, e compreendi com clareza as finalidades, os procedimentos metodológicos, e o destino final das informações recolhidas. Desse modo, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

Assinatura do Voluntário

Assinatura da Pesquisadora

Campo Grande,de.....de 2014.

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Necessidades sociais em saúde: possibilidades e limites para o trabalho de agentes comunitários de saúde

Pesquisador: Maria Amélia de Campos Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18936513.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 403.379

Data da Relatoria: 17/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de doutorado, vinculado ao Depto de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

O projeto apresenta revisão bibliográfica atualizada sobre a trajetória da atenção primária à saúde (APS) no contexto da Reforma Sanitária brasileira e os desafios da implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país. Discute os impasses na inserção e atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) no que se refere ao desenvolvimento das ações de promoção da saúde.

A pesquisadora propõe um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa a ser desenvolvido no município de Campo Grande, MS. Os sujeitos da pesquisa serão os ACS dos quatro distritos sanitários, os gerentes das Unidades da Saúde da Família e o coordenador municipal da ESF. Será aplicado um questionário para caracterização do perfil e das práticas dos ACS, os quais serão convidados a participar de seis encontros quinzenais, organizados na modalidade de oficina pedagógica, com objetivos e roteiro previamente definidos. Define como critérios de inclusão, os ACS provenientes dos quatro distritos sanitários, com cinco ou mais anos de experiência, residentes na área de abrangência há mais de três anos e que tenham participado de alguma atividade de capacitação. Informa também

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 403.379

que serão analisados os documentos de gestão dos últimos cinco anos, quanto às estratégias intersetoriais e às ações de formação dos ACS realizadas no município. Apresenta os instrumentos para coleta dos dados e informa que os mesmos serão analisados segundo o referencial teórico da hermenêutica dialética.

Apresenta cronograma detalhado das atividades do projeto com término previsto para fevereiro de 2015. O orçamento totaliza R\$ 4.059,00 e será custeado pela própria pesquisadora.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Identificar possibilidades e limites no trabalho dos ACS para a realização de ações de promoção da saúde.

Objetivos Específicos:

- 1- Descrever o perfil socioeconômico, demográfico e cultural dos ACS;
- 2- Identificar as práticas realizadas por ACS com relação à educação em saúde, mobilização social e intersetorialidade;
- 3- Identificar os conceitos de saúde e necessidades em saúde que permeiam o trabalho do ACS;
- 4- Analisar a percepção dos ACS em relação a seu preparo profissional para realizar ações de promoção da saúde;
- 5- Caracterizar a contribuição do trabalho em equipe para a realização de ações de promoção da saúde por ACS;
- 6- Analisar a percepção dos gerentes das USF e do coordenador municipal responsável pela ESF com relação à contribuição dos ACS para o trabalho em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta baixo risco aos sujeitos da pesquisa. Quanto aos benefícios, poderá aprimorar a atuação dos agentes comunitários de saúde na rede municipal de atenção básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado de forma adequada e contempla os aspectos éticos. O tema proposto é relevante para aprimorar as ações de educação permanente voltadas ao segmento dos ACS na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 403.379

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresenta dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, um para os gerentes e para o coordenador municipal da ESF e o outro para os ACS. Os TCLE estão redigidos em linguagem adequada aos sujeitos. Informam o objetivo do estudo, asseguram o anonimato e a liberdade de participação dos sujeitos em todo o processo. Informam ainda os telefones de contato e e-mail da pesquisadora e do CEP da EEUSP e que o mesmo será assinado em duas vias, uma para os participantes e outra para a pesquisadora. pesquisadora e do CEP da EEUSP e que o mesmo será assinado em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o participante.

O TCLE dos gerentes/coordenador não informa que a entrevista será gravada, nem o tempo aproximado de duração da mesma.

Recomendações:

- acrescentar que no TCLE que as entrevistas serão gravadas
- acrescentar no TCLE o tempo aproximado de duração das entrevistas.
- retirar do TCLE telefone pessoal da pesquisadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante, antes do início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos resultados da pesquisa na Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de Gestão e Políticas de Saúde

Autorização

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora **Profª. Msc. IARA CRISTINA PEREIRA**, está autorizada a realizar a pesquisa intitulada **“NECESSIDADES SOCIAIS EM SAÚDE: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA O TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DA SAÚDE”**.

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética e ciência desta Secretaria, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 20 de Agosto de 2013.

Atenciosamente,

Regina L. Portioli Furlanetti
Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua