



**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE QUANTO
AOS PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS DE UM PEQUENO
MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Raquel Gonzatti

Lajeado, junho de 2013

Raquel Gonzatti

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE QUANTO
AOS PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS DE UM PEQUENO
MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Glademir Schwingel

Lajeado, junho de 2013.

AGRADECIMENTO

À Deus pelas pessoas maravilhosas que nela colocou e por me dar mais esta oportunidade de aprender.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional às minhas escolhas. Obrigado pelo amor e compreensão de vocês.

Aos meus irmãos por ser meu “guia” durante esses anos.

Ao meu namorado por sua compreensão, paciência e pelo seu carinho.

Ao meu Professor Orientador Glademir Schwingel, por sua dedicação e auxílio fundamental na construção deste trabalho.

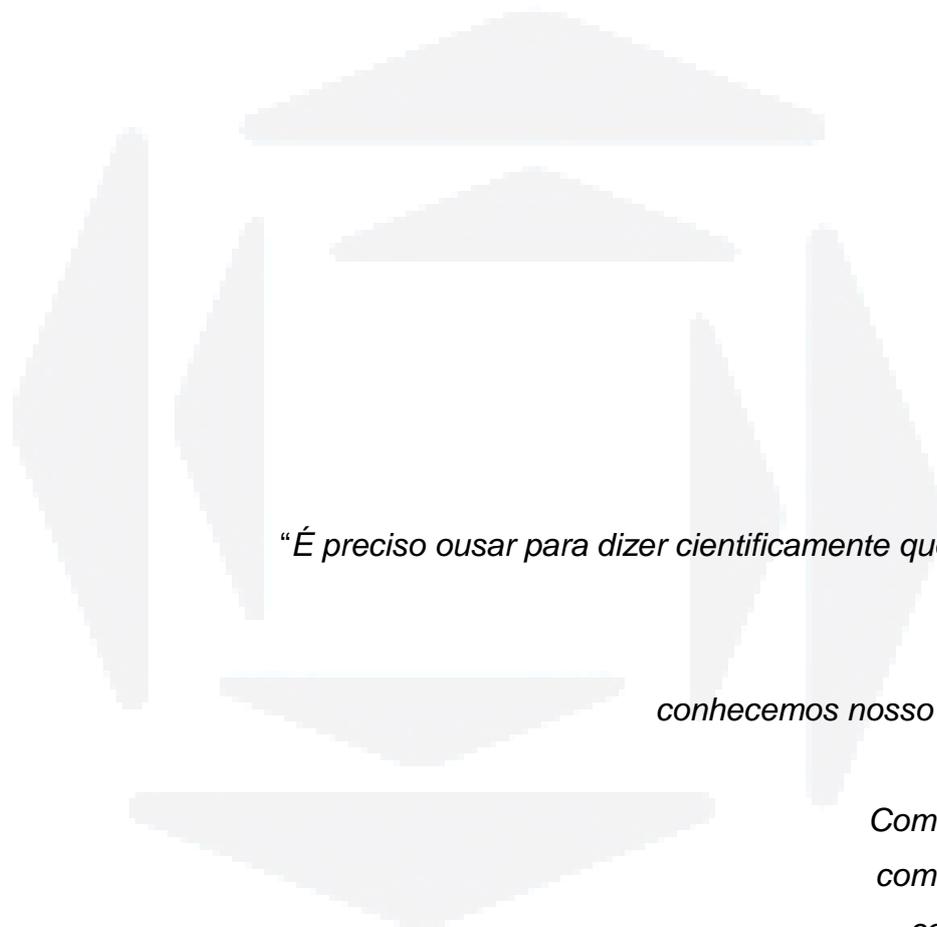
À Professora e Coordenadora do Curso de Enfermagem Arlete Costa, por não medir esforços nos momentos difíceis, durante e no final desta caminhada.

A todos os professores que contribuíram com seus ensinamentos durante esta jornada. Vocês participaram desta conquista.

À Secretaria Municipal de Saúde e ESF de Relvado, e especialmente, aos Agentes Comunitários de Saúde por participarem da realização deste trabalho.

E a todos aqueles que acreditaram e ajudaram para que este sonho se concretizasse.

Muito Obrigada!



*“É preciso ousar para dizer cientificamente que estudamos,
ensinamos,
aprendemos.*

conhecemos nosso corpo inteiro,

*Com sentimentos,
com as emoções,
com os medos.*

com a paixão e também com a razão crítica.

Jamais com estas apenas

*É preciso ousar para jamais dicotomizar o
cognitivo do emocional”.*

Paulo Freire

RESUMO

Este trabalho objetivou identificar a percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e que realizam seu trabalho em um pequeno município do interior do Rio Grande do Sul, quanto aos problemas socioambientais, além de identificar se ocorrem ou não ações práticas na conscientização da população no que diz respeito aos cuidados com o ambiente e suas implicações na saúde da população local. Avaliaram-se, ainda, informações quanto ao trabalho realizado no cotidiano da equipe. Para tanto, foram entrevistados cinco ACS, todas do sexo feminino e com mais de um ano na função. As informações foram registradas e analisadas em suas temáticas segundo o método da análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin. Com os resultados obtidos, concluiu-se que falta capacitação específica aos ACS para atuar de forma prática sobre os problemas socioambientais. Percebeu-se também que os ACS compreendem a conexão entre as questões de saúde e as socioambientais, embora isto não tenha desencadeado ações concretas e contínuas no âmbito municipal. No entanto, foi possível perceber a importância desse profissional, pois ele é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe e, desta forma, potencializando a promoção da saúde.

PALAVRAS CHAVE: Agente comunitário de saúde. Problemas socioambientais. Promoção da saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Doenças relacionadas com a ausência de redes de esgotos.....	26
Quadro 2- Doenças relacionadas com água contaminada.....	27
Quadro 3- Perfil dos agentes comunitários de saúde.....	31

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

MS: Ministério da Saúde

ESF: Estratégia da Saúde e Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

PSF: Programa Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

APS: Atenção Primária em Saúde

AB: Atenção Básica

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

IVS: Índice de Vulnerabilidade Social

ONU: Organização das Nações Unidas

COEP: Comitê de Ética e Pesquisa

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 A evolução do Sistema Único de Saúde.....	11
2.2 O histórico do PACS e ESF.....	14
2.3 A Política de Atenção Básica.....	17
2.4 Saúde e Saneamento.....	21
2.5 O paradigma da Promoção de Saúde e o Saneamento.....	24
3 MATERIAIS E METODOS	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
4.1 Percepção dos ACS sobre as situações de risco frente a água, esgoto e lixo no seu território.....	35
4.2 Ações promovidas pelo ACS.....	37
4.3 Educação Ambiental e motivação dos ACS.....	40
4.4 Ações de saneamento que são de responsabilidade dos serviços públicos.. ..	41
4.5 Planejamento e programações de ações para enfrentar os problemas de saneamento.....	43
4.6 O processo de trabalho dos ACS na ESF.....	44

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....47

REFERÊNCIAS.....49

APÊNDICES



1 INTRODUÇÃO

Este trabalho amparou-se nas concepções vigentes na saúde coletiva, a qual me despertou o interesse visto ser atuante na promoção e atenção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde. Neste contexto, as questões ambientais estão sendo cada vez mais debatidas nos meios acadêmicos e políticos, uma vez que a sociedade busca o desenvolvimento econômico sem, no entanto, se preocupar suficientemente com os problemas socioambientais, ao passo que é responsabilidade de todos protegerem o ambiente para que as gerações futuras não sofram com as consequências destes agravos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saneamento é o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre o bem estar físico, mental e social. De outra forma, pode-se dizer que o saneamento caracteriza o conjunto de ações socioeconômicas que têm por objetivo alcançar salubridade ambiental. Entende-se ainda como salubridade ambiental o estado de saúde normal em que vive a população, tanto urbana quanto rural, que se refere à sua capacidade de inibir, prevenir ou impedir a ocorrência de endemias ou epidemias veiculada pelo meio ambiente (GUIMARÃES et al, 2007).

A interface Saúde e Ambiente sistematiza conceitos e ações que podem reverter ou prevenir quadros de agressões à saúde humana. Esta integração coloca no centro do debate a revisão do conceito de saúde e doença, para a partir daí levar a uma readequação dos processos de trabalho dentro da saúde pública, primando pela prevenção e promoção em saúde (BROMBERGER, 2003).

Neste contexto, a partir do que afirma Bromberger (2003), o PSF pode significar um ponto de encontro entre a temática ambiental as situações de saúde-

doença, na medida que ele elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa à reversão do modelo assistencial vigente, que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o intuito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

Em sendo assim, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são trabalhadores fundamentais na equipe de saúde, pois atuam dentro da comunidade, convivendo diariamente com cada habitante, conhecendo a realidade e as necessidades de cada um, podendo exercer grande influência nos seus modos de vida. O ACS pode tornar-se um grande aliado na conservação do ambiente, entretanto cabe a ele conhecer a problemática ambiental para intervir e contribuir com a comunidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A evolução do Sistema Único de Saúde

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência à saúde no País tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): os previdenciários e não previdenciários. Esta divisão injusta, do ponto de vista social, separava a população brasileira em cidadãos de 1ª classe, representados pelos contribuintes da previdência, que tinham um acesso mais amplo a assistência à saúde dispendo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares promovidos pela previdência social por meio do INAMPS. Já os cidadãos de 2ª classe eram representados pelo restante da população brasileira, que tinham um acesso bastante limitado à assistência à saúde – normalmente restrita a ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais (BRASIL, 2003a).

Desta forma, o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios desenvolviam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para campanhas de vacinação e controle de endemias que se limitava a ações desenvolvidas por alguns poucos hospitais e pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública dirigidos à população não previdenciária. Já na assistência à saúde o poder público se dava pela Previdência Social, inicialmente (INPS) e depois pelo (INAMPS). As ações desenvolvidas pelo INAMPS beneficiavam

apenas os trabalhadores da economia formal, com carteira assinada, os chamados de 'previdenciários' (BRASIL, 2003a).

Esse cenário contribuiu para que em meados dos anos 70, se instituísse a luta pela construção de novas políticas em saúde, a denominada Reforma Sanitária movimento que reunia trabalhadores e estudiosos de diversas áreas relacionadas à saúde e que recebeu aliados da sociedade civil e dos partidos políticos progressistas (SENAC, 1998).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tivesse acesso ao atendimento público de saúde. A Constituição Federal é a lei maior de um país, superior a todas as outras leis. Em 1988, o Brasil promulgou a sua 7ª Constituição, também chamada de Constituição Cidadã, pois na sua elaboração houve ampla participação popular, e especialmente, porque ela é voltada para a plena realização da cidadania. É a lei que tem por finalidade máxima construir as condições políticas, econômicas, sociais e culturais que assegurem a concretização ou efetividade dos direitos humanos, em um regime de justiça social (BRASIL, 2009).

Com estas condições, foram apresentadas diretrizes para a reforma do sistema de saúde na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com participação de usuários e governantes. As propostas foram garantidas sob a forma de lei na constituição de 1988, como coloca o artigo 196.

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2001 b. P13).

Políticas sociais e econômicas são aquelas que vão contribuir para que o cidadão possa ter com dignidade a moradia, alimentação, habitação, educação, lazer, cultura, serviços de saúde e meio ambiente saudável. Conforme está expresso na Constituição, a saúde não está unicamente relacionada à ausência de doença. Ela é determinada pelo modo que vivemos, pelo acesso a bens de consumo, à informação, à educação, ao saneamento, pelo estilo de vida, nossos hábitos, a nossa maneira de viver, nossas escolhas. Isso significa dizer que a saúde é

determinada e condicionada socialmente (BRASIL, 2009).

Conforme a Constituição Federal de 1988 as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (BRASIL, 2003a). P25

A Lei Federal nº 8.080, 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. Esta Lei regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde, executando isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Esta Lei instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal vigente, obedecendo ainda princípios organizativos e doutrinários tais como (BRASIL, 2003a).

Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, equidade, descentralização Político-Administrativa com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade regionalização e hierarquização (BRASIL, 2003a).

Uma série de artigos desta lei, relacionados ao financiamento e participação da população, foram vetados pelo presidente da república de então, Fernando Collor de Mello. Os vetos, mediante intensa mobilização de setores da sociedade envolvidos com a questão da saúde, levaram à necessidade de edição de uma lei complementar à Lei 8.080/90 (CARVALHO, 1995; BRASIL, 2006 b). Em 28 de dezembro de 1990 foi sancionada a Lei 8142/90, “que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 2001 b, p35). Esta lei cria os Fundos de Saúde nas três

esferas de governo e as Conferências e Conselhos de Saúde, estes com representação paritária na sua composição, entre usuários e outros atores sociais ligados ao campo da saúde.

Estas duas leis, conjuntamente aos artigos inscritos na Constituição Federal de 1988, delimitam a organização do SUS no Brasil, estabelecendo princípios, diretrizes, características, competências, enfim, definem a organização técnica, política, organizacional (BRASIL, 2003b; ANDRADE, 2006).

2.2 O histórico do PACS e do PSF

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação se iniciou em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. O objetivo do PSF é a organização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital (BRASIL, 2001c).

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. A ESF reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Esta estratégia está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família, uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL, 2001c).

Rodrigues (1998) entende que o PSF possa contribuir para o desenvolvimento

dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor, apontando para um novo paradigma de atenção a saúde. Scherer et al (2005) acrescentam que essa política de saúde é fundamental para a mudança do modelo de atenção em saúde centrada na doença para outro modelo, centrado na universalidade, equidade e integralidade.

A Portaria GM nº 1886, de 18/12/1997, fortaleceu o PSF e o PACS, ao aprovar suas normas e diretrizes, estabelecendo a legitimidade que faltava às políticas. Esta medida deu segurança aos gestores municipais para implantar as políticas, com a garantia de repasse de recursos, na forma de incentivo financeiro, para tal manutenção (BRASIL, 2001a). A Portaria GM nº 648/2006 foi lançada em 29/03/2006 e revogou uma série de portarias anteriores, inclusive a 1886/97. Esta portaria reafirma as responsabilidades das três esferas de governo em relação à Atenção Básica, indicando as Secretarias Municipais de Saúde como responsáveis por “inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção a saúde” (BRASIL, 2007b, RIO GRANDE DO SUL, 2007).

A Portaria GM 648/06 manteve a composição da equipe mínima do PSF, formada por médico, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, respeitando o teto máximo de 1 ACS para cada 750 pessoas e de 12 ACS para equipe do PSF, além de dar oportunidade de inserção das equipes de Saúde Bucal na Estratégia, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os componentes (BRASIL, 2007b; RIO GRANDE DO SUL, 2007). Outra novidade que a portaria estabelece é alterar a denominação desta iniciativa, de PSF para ESF – Estratégia de Saúde da Família.

Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado de acordo com diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde, por meio da Lei n.º 10.507, de julho de 2002, criou a profissão de agente comunitário de saúde, definindo seu perfil como um profissional “único em seu gênero”, pois deve residir na própria comunidade, ter perfil mais social que técnico, ter ensino fundamental, ser maior de 18 anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida e realizar o cadastramento e acompanhamento das famílias. Os principais instrumentos de trabalho dos ACS são: a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade em riscos e as reuniões comunitárias para desenvolver ações de prevenção e promoção no campo da saúde ambiental (BRASIL, 2009, 2002b, 2002a 2006a).

São atribuições dos ACS: analisar as necessidades da comunidade: atuar nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, especialmente da criança, da mulher, do adolescente, do idoso e dos portadores de deficiência física e/ou mental, realizar o mapeamento de sua área de atuação, cadastrar e atualizar as famílias expostos a situações de risco. Sua participação é importante para ações de saneamento básico e melhoria do ambiente. Deve estar presente em reuniões com as equipes de saúde e em outros eventos de saúde com a comunidade (BRASIL 2006a).

Essas atribuições só se realizam mediante a visita domiciliar que permite um olhar in loco da realidade das comunidades e se constitui em importante instrumento na ESF, identificando, portanto, determinantes no processo saúde-doença percebidos no ambiente em que vivem as famílias e possibilitando a promoção da saúde por meio da educação em saúde (AZEVEDO et al. ,2007). A atuação dos agentes comunitários de saúde pode ser vista em duas dimensões: uma estritamente técnica, relacionada com o atendimento dos indivíduos e famílias, com intervenções para prevenção de agravos e para o monitoramento de grupos ou problemas específicos; e a outra dimensão mais política, no sentido de ser o agente comunitário de saúde um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção a saúde, de discussão com a comunidade dos problemas referentes à saúde, de apoio ao autocuidado. É, portanto, um ator social fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social (SILVA; DALMASO, 2002).

Nunes et al., em 2002, ao analisar o processo de construção de identidades dos ACS, a partir de sua inserção na equipe de ESF e da interação com os moradores dos bairros onde atuam, observaram a variedade de expectativas existentes sobre a função destes, que muitas vezes se chocam com conhecimentos e valores que estão arraigados a sua cultura, aos quais algumas vezes, nem eles próprios se sentem capazes de modificar em si mesmos.

2.3 A Política Nacional de Atenção Básica

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), bem estruturada e organizada resolve problemas de saúde mais frequentes da população, reduz os danos e sofrimentos e contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas. O foco da atenção é a pessoa e não a doença (BRASIL, 2009).

Para Starfield (2001), a atenção primária é talvez o mais importante componente dos sistemas de saúde, pois o desenho dos mesmos será diferente a partir da incorporação ou não dos seus princípios. Segundo esta autora não existe nenhuma sociedade que disponha de recursos econômicos ilimitados para custear os serviços de saúde. A atenção superespecializada é mais cara que a atenção primária e, portanto, têm menor acesso a ela as pessoas com dificuldade econômica. Assim, um sistema de saúde centrado na superespecialização põe em perigo a equidade. Essas discussões põem em xeque a cultura da procura direta ao especialista como símbolo de qualidade da atenção, própria do modelo médico hospitalocêntrico. Países como Inglaterra, Holanda, Austrália, entre outros, permitem acesso a especialistas somente mediante encaminhamento do médico da atenção primária. Este fato tem repercussão direta nos custos e na eficiência do sistema (BRASIL, 2003a).

Em 28 de março de 2006 o Ministério da Saúde instituiu pela Portaria Ministerial 648/06 a Política Nacional de Atenção Básica/PNAB (2007 a). Ela define como prioritário no Brasil a expansão da ESF, ampliando a cobertura das ações e serviços de saúde com foco na integralidade da atenção em saúde.

A Atenção Básica é assim definida conforme os princípios gerais da PNAB:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerencial e sanitária democrática e participativa, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e a participação social (BRASIL, 2007a, 2007b).

A Portaria GM/MS 648/06 destaca ainda que a atenção básica:

Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007 a, 2007b).

Como definem esses dois textos, não é atribuição do governo federal, estadual e municipal implantar serviços que atendam ao “doente” tão somente. Ao contrário, ele deve, com a participação da comunidade, constituir uma rede de atenção à saúde dirigida às necessidades de saúde de toda população em todos os seus aspectos, desde a promoção, a prevenção, cura, recuperação e manutenção da saúde (MENDES, 1999; ANDRADE, 2006).

A Atenção Básica tem como fundamentos:

- I. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II. Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrações de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III. Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade

do cuidado;

IV. Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V. Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento programação;

VI. Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2007 a).

Visando a operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo território nacional e eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2007 a).

Por fim, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM 399/2006 que anuncia o Pacto pela Saúde, dividido em três diretrizes operacionais: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS, e o de Gestão. O Pacto pela Saúde define prioridades nacionais, entre as quais se destacam a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006c).

Em 21 de outubro de 2011 a portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essa portaria define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e tem diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde.

A atenção básica deve cumprir algumas funções para o funcionamento das

Redes de Atenção a Saúde, são elas:

I. Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviços de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessário;

II. Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidados individuais e coletivas, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III. Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.

IV. Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção a saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades dos usuários.

Em 17 de maio de 2012 a Comissão Intergestores Bipartite/RS (CIB/RS) reafirmou pela resolução nº 210/12 a importância estratégica da Atenção Básica na organização e consolidação do SUS, definindo um conjunto de municípios como prioritários, considerando as especificidades regionais. A definição dos municípios se dá por meio do Índice de Vulnerabilidade Social, assim definido:

Índice de Vulnerabilidade Social - IVS é uma medida de desigualdades entre os municípios quanto à proporção de população em situação de vulnerabilidade, definida pela proporção de domicílios em situação de pobreza e pela menor densidade populacional. Estas condições sociais de vida são importantes determinantes de desigualdades em saúde entre as populações. O desenvolvimento do IVS constitui um avanço na adequação da distribuição de recursos para o financiamento da Atenção Básica visando à equidade em saúde.

2.4 Saúde e Saneamento

A compreensão das relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente constitui uma etapa importante no desenvolvimento de um modelo de planejamento integrado para os sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário a ser implantado ou desenvolvido em uma comunidade (HELLER, 1997).

Em termos de planejamento, a identificação e análise dos efeitos advindos da implementação de determinado sistema, seja ele de água, seja de esgotos, deve conferir meios para se estabelecer certa ordem de prioridades e apontar direcionamento mais adequado das ações, uma vez que cada população a ser beneficiada possui características distintas e nem sempre as ações de saneamento podem ser orientadas da mesma forma (SOARES; BERNARDES; CORDEIRO NETO, 2002).

Pesquisas realizadas nos países desenvolvidos comprovam que a implantação de medidas de saneamento básico abastecimento de água, esgotamento sanitário, destinação final adequada dos resíduos (lixo) e controle de vetores preveniram a ocorrência de enfermidades, reduzindo em média a mortalidade por diarreia em 26%, a ascaridíase em 29%, esquistossomose em 77% e a mortalidade infantil em 55% (HELLER, 1997).

A ONU, em 2009, ao divulgar o relatório *The Millennium Development Goal Report*, (Relatório de Monitoramento Global 2009), mostra que as políticas e ações em saneamento apoiadas por financiamento adequado e com um forte compromisso político, podem salvar vidas e trazer resultados favoráveis na busca por equidade na saúde e no desenvolvimento com sustentabilidade. Segundo esse relatório, no Brasil, 28.700 pessoas morrem anualmente de doenças decorrentes de problemas relacionados com a água, saneamento e higiene. Esse número corresponde a 2,3% de todas as mortes no País. O relatório ainda menciona o impacto positivo, quando investimos em água potável e saneamento cujo efeito direto está na redução dos gastos públicos com serviços de saúde, em menos perda de dias produtivos por pessoas de 15 a 59 anos gerando ganhos na produtividade econômica dos países (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2009).

A concentração de renda e de infraestrutura tem levado a exclusão de expressivos segmentos sociais para um nível de qualidade ambiental satisfatório. Isso tem gerado nas cidades brasileiras a existência de populações em bolsões de pobreza, onde é precária ou inexistente uma infraestrutura para os serviços de saneamento, causadoras de impacto negativo no ecossistema local e regional. A vulnerabilidade dessa parcela da população às agressões ambientais e a problemas referentes à saúde, como doenças infecto-parasitárias, tem levado o setor de saúde a uma sobrecarga com pacientes acometidos de doenças evitáveis (RIBEIRO, 2004). Atualmente encontramos, no Brasil, um aumento da expectativa de vida da população e também um aumento na incidência das doenças crônico-degenerativas, aliados a existência de processos produtivos com riscos tecnológicos bastante complexos (RIBEIRO, 2004). Isto impõe ao governo a necessidade de repensar os investimentos, o planejamento, a regulação e a prestação de serviços, no que diz respeito ao saneamento ambiental no Brasil (BRASIL, 2004; RIBEIRO, 2004).

Quadros 1: Doenças que tem relação com ausência da rede de esgoto:

Grupos de doenças	Formas de transmissão	Principais Doenças Relacionadas	Forma de prevenção
Feco-orais (bacterianas)	Contato de pessoa para pessoa, ingestão e contato com alimentos contaminados e contato com fontes de águas contaminadas pelas fezes.	Febre tifoide Febre parasitária Diarreias e disenterias Bacterianas, como cólera.	Implantar sistema adequado de disposição de esgotos. Melhoras as moradias e as instalações sanitárias. Implantar sistema de abastecimento de água. Promover educação ambiental.
Helmintos Associados á Água	Contato de pele com água contaminada.	Esquistossomose	Construir instalações sanitárias. Tratar o esgoto antes do lançamento em curso d' água. Controlar os caramujos.

Helmintos transmitidos pelo solo	Ingestão de alimentos contaminados e contato da pele com o solo	Ascaridíase Tricuríase Ancilostomíase (amarelão)	Construir e manter limpas as instalações sanitárias. Tratar o esgoto antes da disposição do solo. Usar calçado.
Tênias (solitárias) na carne de boi e de porco	Ingestão de carne mal cozida de animais infectados	Teníase Cisticercose	Construir instalações sanitárias. Tratar o esgoto antes da disposição no solo. Inspeccionar a carne e ter cuidados na sua preparação.
Feco-orais (não bacterianas)	Contato de pessoa para pessoa, quando não se tem higiene pessoal, e doméstica adequada	Poliomielite Hepatite tipo A Giardíase Disenteria amebíase Diarreia por vírus	Implantar sistema de abastecimento de água. Melhorar as moradias e as instalações sanitárias. Promover a educação ambiental.
Insetos vetores relacionados com as fezes	Procriação de insetos em locais contaminados pelas fezes	Elefantíase	Combater os insetos transmissores. Eliminar condições que possam favorecer criadouros. Evitar o contato com criadouros e utilizar meios de proteção individual.

Fonte: HELLER, L., 1997

Quadro 2: Doenças relacionadas com água contaminada

Grupos de Doenças	Formas de transmissão	Principais Doenças	Formas de Prevenção
Transmitidas pela via feco-oral (alimentos contaminados por fezes)	O organismo patogênico (o agente causador da doença) é ingerido	Leptospirose Amebíase Hepatite infecciosa Diarreia e disenterias, como cólera e a giardíase.	Proteger e tratar as águas de abastecimento e evitar o uso de fontes contaminadas. Fornecer água em quantidade adequada a promover a higiene pessoal, doméstica e dos alimentos.
Controladas pela limpeza com água	A falta de água e a higiene pessoal insuficiente criam condições favoráveis para sua disseminação	Infeções na pele e nos olhos, como tracoma e o tifo relacionado com piolhos e escabiose.	Fornecer água em quantidade adequada e promover a higiene pessoal e doméstica
Associadas a água uma parte do ciclo do agente infeccioso ocorre em um animal aquático	O patogênico penetra pela pele ou é ingerido	Esquistossomose	Adotar medidas adequadas para a disposição de esgotos Evitar o contato de pessoas com águas infectadas Combater o hospedeiro intermediário.
Transmitidas por vetores que se relacionam com a água	As doenças são propagadas por insetos que nascem na água ou picam perto delas	Malária Febre amarela Dengue Elefantíase	Eliminar condições que possam favorecer criadouros Combater os insetos transmissores Utilizar meios de proteção individual

Fonte: HELLER, L., 1997

A partir do ano 2003, o Governo Federal retomou os investimentos nos serviços de saneamento para empresas públicas e prefeituras municipais. No âmbito do Ministério das Cidades, criou-se a Secretaria de Saneamento Ambiental,

responsável pela formulação e articulação da Política Nacional de Saneamento Ambiental (PNSA), o que deu novo impulso para o enfrentamento do problema histórico que o país tem na área (BRASIL, 2004).

2.5 O Paradigma da Promoção da Saúde e o Saneamento

Desde o século XIX, com o sanitarista inglês Chadwick, o saneamento é visto como medida higienizadora do ambiente, capaz de torná-lo salubre, atendendo as necessidades humanas (ROSEN, 1996). O saneamento, como prevenção de doenças, tem como objetivo ser uma medida capaz de interromper, ou pelo menos comprometer fortemente o ciclo vital dos agentes etiológicos de morbidades infecto parasitárias. Entretanto, essa ótica preventivista, centrada na valorização dos conhecimentos técnico-científicos em detrimento dos saberes comunitários se contrapõe ao conceito de promoção de saúde que pensa o saneamento como uma intervenção multidimensional que ocorre no ambiente, considerando suas dimensões física, social, econômica, política e cultural, sobre a ótica de promoção em saúde (SOUZA; FREITAS, 2009).

No século XIX, com o advento da Revolução Industrial, as cidades cresciam desordenadamente e as condições de vida se agravavam, sendo neste contexto que surgem os primeiros estudos que relacionam as condições de saúde das classes trabalhadoras às condições sociais vigentes. Em 1920, Wislow propunha que, para o alcance de saúde, a comunidade organizada deveria desenvolver uma maquinaria social que assegurasse, em todos os níveis, políticas e programas educativos que melhorassem as condições de vida da população e a saúde pessoal dos indivíduos (BUSS, 2003). O objetivo da ciência médica era o coletivo de indivíduos de uma sociedade e pode-se afirmar que as propostas defendidas nessa época são as precursoras das atuais políticas públicas saudáveis e do movimento de Cidades Saudáveis (ANDRADE, 2006).

No campo das explicações das doenças, a Revolução Bacteriana, com descoberta dos microrganismos por Pasteur, foi um acontecimento que modificou o pensamento e as práticas sanitárias. Nessa fase, apoiada nas bases do Positivismo vigente, firma-se a Teoria da Unicausalidade, preconizando que as doenças são

causadas por agentes etiológicos específicos. Minayo (2002a) afirma que esse momento marcou um retrocesso no pensamento da medicina social com o desaparecimento dos discursos políticos ideológicos e uma ênfase nas práticas de controle das doenças infecciosas. A partir daí, desenvolvem-se as noções de promoção da saúde ancoradas na instauração de medidas higienistas, como proposta de intervenção para controle do ambiente e das populações.

Leavell e Clark, em 1965, descreveram o processo da história natural das doenças. Segundo esses autores, o processo evolutivo de uma doença comportaria o período pré-patogênico e o período patogênico. Em cada um desses períodos, caberiam níveis específicos de prevenção, e a promoção da saúde representava a prevenção primária composta por medidas ou ações de saúde como educação sanitária, alimentação, nutrição, moradia e condições de trabalho adequadas, lazer entre outras (VERDI; CAPONI, 2005).

A promoção da saúde é um movimento nascido no Canadá, na década de 1970, que vem sendo construído ao longo dos anos, a partir da contribuição de diversas correntes ideológicas. Ela representa uma estratégia de mediação entre os indivíduos e seu ambiente, pois entende saúde como determinante pelas escolhas das pessoas e sua interação com o ambiente, combinado, assim, as responsabilidades individuais com as sociais pela saúde (CARVALHO, 2005).

A Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde realizada na Rússia, em 1978, ganhou forte expressão na Declaração de Alma Ata e colocava a necessidade de ação urgente de todos os governos, dos trabalhadores de saúde e ampliação da participação da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos com o lema “Saúde Para Todos no Ano 2000” (BRASIL, 2002c). Nessa Conferência, afirma-se que saúde é um direito humano fundamental e que os cuidados primários de saúde são essenciais devendo estar à disposição de todos os indivíduos e famílias. Enfatizavam-se a participação comunitária e a cooperação entre os diferentes setores da sociedade em busca da construção de políticas públicas saudáveis, cujo fundamento conceitual é a promoção da saúde (MARCONDES, 2004).

Seguiram-se uma série de conferências internacionais e regionais de

Promoção da Saúde, com incentivo da OMS. Em 1986, realiza-se em Ottawa, no Canadá, a primeira Conferência Mundial de Promoção da Saúde, a qual ficou mundialmente conhecida pela carta de Ottawa (1986), que teve o grande mérito de classificar o conceito de promoção da saúde. Consoante ela definiu, a promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios para melhorar a saúde e exercer maior controle sobre ela. A saúde se percebe, pois não como o objetivo, mas sim como a fonte de riqueza da vida cotidiana. As condições e requisitos para a saúde são a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade (Andrade, 2006).

Entre as condições que são a chave para promover a saúde incluem-se o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento das ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (Brasil, 2001b). A educação tem um papel fundamental na busca por melhores condições de saúde e qualidade de vida, podendo levar os indivíduos a uma reflexão crítica sobre o seu ambiente, dando-lhes condições de transformar e intervir nessa realidade (GUIMARÃES, 2004).

A inter-relação dos conceitos de Educação em Saúde e de Promoção em Saúde atinge um significado ampliado no processo de capacitação das pessoas, haja vista proporcionar uma abordagem sócio-educativa. Dessa forma, são assegurados os conhecimentos, habilidades e a formação da consciência crítica do cidadão para a tomada de decisões com maior responsabilidade socioambiental, incluindo políticas públicas e a luta por ambientes saudáveis. Sob esse enfoque, trabalha-se com a ideia de que as ações de Educação em Saúde fundamentam-se numa concepção de qualidade de vida do cotidiano dos indivíduos (BEZERRA, 2010).

Na ação para promoção da saúde no contexto da saúde ambiental, diversas profissões interligam-se, utilizando instrumentos próprios com um só propósito; promover saúde. Dai a importância de discutir o tema, que engloba o bem estar humano e ecológico, tendo como finalidade elaborar medidas consistentes cabíveis. Neste contexto, o cuidado de enfermagem integra-se por ser capaz de direcionar intervenções educativas sobre as vulnerabilidades ambientais a fim de diminuir a possibilidade de acarretar danos ecológicos, e conseqüentemente, humanos.

A enfermagem preocupa-se com o bem-estar do indivíduo, de sua família e da comunidade, devendo a profissão ser executada juntamente com um sentimento de solidariedade, sem desconsiderar que o ambiente é um fator relacionado à saúde humana. Atualmente, observa-se, com frequência, a má qualidade de vida causada pela não conservação a natureza. Esta realidade gera preocupação com a vitalidade e com a diversidade do planeta Terra, bem como com o cuidado de seu próprio ambiente.

Para isso torna-se necessário construir uma alfabetização ecológica, implicando numa ética do cuidado. Logo, o enfermeiro pode intervir nas questões ambientais, uma vez que o cuidado é uma ação essencial da enfermagem (BEZERRA, 2010).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é descritivo exploratório com abordagem qualitativa, baseada nas metodologias propostas por Wood e Haber (1998), Triviños (1987) e Goldim (2000). Segundo Wood e Haber (1998), a pesquisa descritiva é aquela utilizada para descrever o desenho de um estudo, o qual será utilizado pelo investigador para buscar informações precisas dos sujeitos da pesquisa, grupos instituições ou situações, ou sobre a frequência de um fenômeno, particularmente quando se sabe pouco sobre o fenômeno. Conforme Triviños (1987, p. 109)

O estudo exploratório permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimento, para em seguida, planejar uma

pesquisa descritiva ou do tipo experimental.

De acordo com Goldim (2000, p. 133):

A pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva e tem como perspectiva principal a visão de processos. Estas pesquisas têm por características fundamentais a importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador.

Para este autor, a avaliação qualitativa de dados é muito utilizada na área da saúde, tendo crescente aceitação e reconhecimento nas diversas especialidades. O estudo foi realizado em uma ESF do interior do estado do Rio Grande do Sul. A amostra foi constituída por cinco ACS, atuantes, e que dão cobertura a 100% do território em que trabalham.

Os critérios para exclusão e perda da população-alvo do estudo foram:

- Ausência dos ACS momento da aplicação da entrevista;
- ACS que não aceitarem gravar suas falas na íntegra durante a entrevista;
- Não aceitação em participar da pesquisa.

Para a realização do trabalho inicialmente foi realizado um contato formal com pedido de autorização ao Secretário da Saúde do município em estudo. Posteriormente e esta aprovação o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVATES - COEP/UNIVATES para apreciação e aprovação, o que ocorreu sob o parecer 161.383 de 30/11/2012. A partir destes passos iniciais procedeu-se no início das coletas.

O recrutamento dos profissionais ACS se deu mediante contato com a enfermeira da instituição, com a qual foi combinado o agendamento da abordagem individual com os ACS, a fim de fazer o convite à participação da pesquisa e, em caso positivo, no aprazamento das entrevistas individuais, na forma semiestruturada (apêndice B).

Conforme Gauthier et al (1998), entrevista semi-estruturada é aquela estruturada a partir de uma ordem pré-estabelecida pelo entrevistador e que além de conter questões fechadas e diretas inclui um número pequeno de perguntas abertas, nas quais, o entrevistador se utiliza de “certa certeza”.

No momento do contato com os ACS, na data agendada, a aluna

pesquisadora apresentou os objetivos e a justificativa da pesquisa e que a participação da pesquisa estaria condicionada à assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), conforme consta no apêndice B. Informou-se ainda que a entrevista fosse gravada em sua íntegra em meio eletrônico e que TCLE deveria ser assinado em duas vias, das quais uma ficaria sob a posse do aluno pesquisador e a outra, do entrevistado. Todas as ACS concordaram com as condições e assinaram o TCLE.

A entrevista foi realizada conforme a data agendada, em sala adequada para o fim, cedida pela Secretaria Municipal de Saúde. Garantiu-se, via TCLE, total sigilo quanto à fonte das informações, sendo que na transcrição das entrevistas foram tomadas as precauções para que a origem das falas não pudesse ser identificada.

Embora a entrevista pudesse causar algum desconforto ao entrevistado, ela não acarretou custos ou prejuízos, nem à entrevistada, nem à municipalidade. O desconforto poderia estar relacionado ao tempo de entrevista, que durou em média 25 minutos. Além disso, o entrevistado poderia ter o desconforto de se sentir constrangido em falar sobre o assunto com uma pessoa estranha e por estar sendo gravado durante a entrevista, via aparelho eletrônico. Neste sentido, conforme consta no TCLE, a garantia do sigilo buscou minimizar o desconforto. Deixou-se claro que foi direito do entrevistado interromper sua participação a qualquer momento, o que efetivamente não ocorreu. Não houve custo financeiro às ACS.

Para a interpretação da entrevista, os dados coletados foram transcritos e depois passaram pela análise de conteúdo, identificando categorias temáticas, conforme Bardin (1995). Seguiu-se a classificação (distribuição e seleção dos dados obtidos, reunindo-os em classes ou grupos de acordo com o objetivo da pesquisa); a codificação (reunião dos dados em categorias para simplificar a análise) e a tabulação das informações que se prestaram à esta (Barros e Lehfeld, 2002).

Os resultados obtidos foram divulgados, primeiramente, em banca avaliadora de trabalho de conclusão de curso, com a intenção de obter o título de Bacharelado em Enfermagem. As informações colhidas e interpretadas geraram análise que pode ser revertida em artigos em revista especializada na área da saúde coletiva/saúde pública.

Todo o material gerado durante o decorrer do trabalho ficará sob a posse e responsabilidade da pesquisadora por 5 (cinco) anos, em lugar seguro. Transcorrido este tempo, os documentos serão incinerados.



4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para fins de análise, os entrevistados são identificados por A1, A2, A3, A4 e A5, como forma de preservar seu anonimato, o que foi proposto no TCLE previamente lido, aceito e assinado. Identificou-se apenas a área de atuação, grau de instrução, tempo de atuação na ESF, sexo e idade.

Quanto à idade, os ACS entrevistados são dispersos, havendo 3 com menos de 30 anos e 2 com mais idade. Quanto à escolaridade, dois ACS têm ensino superior incompleto e três têm formação fundamental ou média. O número de ACS atuantes em área rural é maior, tendo em vista as características do município, o qual tem a sua sede em um núcleo urbano pequeno, de apenas cerca de 350

moradias.

No que se refere ao tempo em que atuam como ACS, todos têm mais de um ano na função, o que determina certo conhecimento sobre o território abrangente, bem como da ESF onde trabalham o que facilita o desenvolvimento de vínculo com a comunidade.

Quadro 3 – Perfil dos agentes comunitários de saúde

	Classificação	Nº de ACS
Sexo	Feminino	5
Idade	18-23	2
	24-29	1
	30-35	1
Área de atuação	Mais	1
	Urbana	1
	Rural	3
	Ambas	1
Tempo de atuação	1 a 3 anos	3
	Mais de 3 anos	2

Escolaridade	Ens. Fundamental	1
	Ens. Superior incompleto	2
	Ens. Médio completo	1
	Ens. Técnico	1

Fonte: a partir dos dados coletados nas entrevistas.

Na análise das entrevistas, podem-se verificar compreensões diferenciadas dos ACS sobre o processo saúde-doença. Há discursos que dão ênfase aos aspectos biológicos da doença, centralizado no corpo que está doente, mas também há falas que ampliam a concepção, ao inserir os aspectos da saúde mental e condições sociais no cotidiano como forma de se ter uma vida saudável. De toda forma, nas entrevistas percebeu-se uma grande dificuldade em responder o questionamento quanto às suas concepções sobre saúde-doença, o que se reflete na brevidade das respostas.

Neste sentido, no discurso das ACS percebe-se que não há a compreensão clara da conexão entre as questões de saúde e as questões socioambientais. Considerando que as condições socioambientais são determinantes na qualidade de vida da população, é intrínseca sua influência sobre o processo saúde-doença (COHEN et al 2004; FREITAS e PORTO, 2006; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007). Coelho e Almeida Filho (2002), citando Canguilhem (1990), afirmam que a concepção de saúde esteve atrelada às condições de vida da população, sendo, portanto uma construção social e antropológica, influenciada pelo funcionamento das relações entre pessoas instituições, com influências políticas, econômicas, culturais e religiosas. Levando isto em conta, concepções sobre a saúde-doença reduzidas a aspectos biológicos podem limitar a amplitude das ações esperadas dos ACS, conforme proposto pelo Ministério da Saúde, na origem do programa, na década de 1990.

Em relação às concepções do processo saúde-doença, a partir da fala dos entrevistados, podemos identificar três categorias de respostas.

A primeira categoria pode ser sintetizada com a expressão “A saúde é determinada pelo equilíbrio fisiológico e psicológico do indivíduo”. A identificação de ‘saúde’ com a palavra ‘equilíbrio’ nos remete à balança entre saúde e doença, o que reduz a compreensão de saúde no seu conceito ampliado, conforme proposto pelo movimento da Reforma Sanitária brasileiro. A entrevistada A1 afirma que “*a saúde para mim é o completo bem estar físico e emocional*”, o que indica que ainda hoje esta concepção está arraigada dentro do campo da saúde, identificada com a ausência de doenças, inclusive entre os profissionais que atuam no âmbito da Estratégia Saúde da Família, que se propõe a reorientar o modelo assistencial da saúde no Brasil. A ideia de “completo bem estar” é criticada na medida em que revela uma idealização do conceito que a priori não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde.

A segunda categoria identificável no discurso dos ACS se sintetiza na ideia de que “a doença afeta o desenvolvimento normal do indivíduo”. Esta concepção parte do pressuposto de que a saúde e a doença fazem parte de um mesmo processo, e por isso o indivíduo tem prejuízos no desenvolvimento da sua vida com a presença da doença. Este contexto revela a importância de se averiguar quais as concepções dos profissionais da ESF têm sobre a doença, especificamente, dado o fato que na prática histórica do trabalho no campo da saúde, é essa que têm merecido a maior atenção, visto representar a vilã que incapacita, traz sofrimento (COELHO e ALMEIDA FILHO, 2002; CAPRA, 2005a, 2005b).

Viver restrito as atividades que normalmente uma pessoa saudável pode fazer uso de vários medicamentos para se sentir bem. A3

Doença engloba tudo, o bem estar físico, mental e social, e estar doente em não consigo viver e fazer as coisas (A5).

Nas falas de A3 e A5 percebe-se o conceito de doença como oposto de saúde. A doença é limitadora, impede o sujeito de ter uma vida produtiva, útil, perante a família e a sociedade, e por isso impede a normalidade da vida.

A terceira categoria atribui ao processo saúde-doença a ideia de que ele é

determinado socialmente, o que está de acordo com o apregoado pelos teóricos da saúde coletiva, como Mendes (1999), entre outros.

Ter saúde é o mesmo que ter uma vida estruturada em exercícios, alimentos saudáveis, cuidados com a higiene e com a mentalidade (A2).

Esta concepção de saúde é ampliada, ultrapassa a ideia orgânica do processo de adoecimento, estando relacionada às condições de vida da pessoa e aos fatores que causam impacto direto na sua saúde, ou seja, sua inclusão no mundo social.

Em minha opinião, ter saúde é viver a vida com hábitos mentalmente e fisicamente saudáveis, como boa alimentação, num ambiente limpo. Eu preciso de muitas coisas para ser feliz e então saúde é um pouco assim como ter as coisas importantes para sermos felizes (A3).

A fala é sintomática para a fala uma compreensão do conceito ampliado de saúde, ao relacionar as condições de vida, com as possibilidades de adoecimento, mas também associando a intenção do bem-estar, via alcance da felicidade. Na prática, trata-se de buscar novas formas de interagir socialmente, de desenvolver ações educativas mais participativas em um ambiente saudável, boa alimentação, com educação, comunicação, saneamento e informação, que aproxima a condição de saúde à condição de vida dos sujeitos, tanto no plano individual quanto coletivo.

A saúde é determinada pela organização social da população, e conforme a OMS são as circunstâncias sociais e econômicas desfavoráveis que afetam a saúde ao longo da vida” (AKERMANN, 2005, pg.77).

4.1 Percepção dos ACS sobre as situações de risco frente à água, esgoto e lixo no seu território.

A partir das ponderações acerca da concepção sobre saúde-doença, podemos nos ater à necessidade de compreendermos de que forma a ESF e, especificamente os ACS tratam as questões referentes ao saneamento básico e, dentro deste quesito, os temas água, esgoto e lixo. Para tanto, o trabalho visa avaliar a frequência de orientação dos ACS quanto a estes temas, sua percepção quanto às

características locais de saneamento, a atuação dos serviços públicos de saúde no território e ações prioritárias locais.

A frequência das visitas domiciliares legitima o fortalecimento do vínculo dos ACS na família. Porém, se essas visitas não servirem como um instrumento de educação permanente à comunidade, induzindo um repensar de práticas e condutas pelo bem-estar humano e do meio ambiente, teremos dificuldades de enfrentar os fatores determinantes e condicionantes ambientais geradores de impactos negativos não só ao meio ambiente local, mas também global. Para tanto, não devemos nos esquecer da necessidade do diálogo e da discussão em nível local.

Nas visitas domiciliares, entre outras ações, a orientação quanto aos temas do cotidiano fazem parte das atribuições dos ACS. Em relação ao consumo de água tratada, perguntados sobre se isto é ou não um tema de orientação, as respostas indicam que não com a frequência necessária. Apenas dois ACS informam que falam disso com certa frequência, outros dois indicam que de vez em quando tratam disso e um agente disse que raramente se fala disso. Esta pouca incidência pode ser atribuída à pouca proximidade com os problemas socioambientais.

A percepção das características locais, das condições de saneamento das áreas territoriais adstritas em que esses atores sociais residem e atuam é de que quanto ao uso da água, a maioria dos domicílios utiliza água de poços artesianos ou nascentes que deverá ter uma abordagem do poder público. Considerando que a água da zona rural não passa por processo de tratamento o risco de consumir água contaminada passa a ser frequente, pois muitas famílias não sabem o procedimento certo a ser realizado antes do consumo da água.

Um dos maiores problemas evidenciados no município é a destinação final dos resíduos sólidos, causando sérios impactos ambientais. Os ACS tem percepção diferente quanto à coleta do lixo; três informam que a coleta se dá a partir da administração pública, um informa que em sua microárea há áreas sem coleta de lixo e um informa que muita queima do lixo nas áreas rurais.

ACS referem que ocorre coleta de lixo, embora não seja diária, sendo coletado no centro da cidade três vezes por semana e despejado em aterro sanitário regularizado. Grande parte deste lixo é formada por não recicláveis. Porém,

como a coleta seletiva ainda não ocorre plenamente, é comum encontrarem-se plásticos, vidros, metais e papéis. Informam ainda que em algumas comunidades rurais a coleta de lixo é realizada mensalmente, mas mesmo assim é prática comum a deposição direta no solo ou a queima dos mesmos.

O lixo é um problema de responsabilidade dos poderes públicos e da comunidade, pois o descarte dos resíduos produzidos nas moradias tem relação direta com a questão ambiental, as condições socioeconômicas e a situação de saúde dos indivíduos e famílias.

Sendo assim, existe a necessidade de investimentos e ações educativas realizadas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal, além de empresas privadas, pois a poluição do meio ambiente é sem dúvida um fato grave que merece atenção prioritária, tanto por parte do governo e das equipes de saúde como da própria população.

4.2 Ações promovidas pelo Agente Comunitário de saúde

As entrevistas com os ACS que atuam na ESF do município em estudo buscaram analisar as suas concepções sobre o processo saúde-doença e as sua relação com a questão ambiental. Quais as relações que se estabelecem nestas concepções e de que forma elas interferem no seu trabalho. Segundo Ianni e Quitério (2006), a intersetorialidade é uma condição essencial para o desenvolvimento de ações dirigidas às questões ambientais, visto que as estratégias tradicionais de prevenção e regulação do campo da saúde não alcançam todas as situações. Os autores acrescentam que “a promoção da saúde propõe que intervenções e diagnósticos devem emergir de processos que pressuponham interdisciplinaridade e intersetorialidade” (p. 170).

A questão que se impõe é se de fato estes profissionais conseguem desenvolver ações sobre os problemas socioambientais, a partir da ESF. Os ACS foram questionados sobre quais ações relacionadas aos problemas socioambientais poderiam ser desenvolvidas a partir da ESF. Diversas ações foram citadas, as quais podem ser agregadas em 2 categorias.

Categoria 1: Envolvimento da equipe ESF

Nesta categoria, a maioria dos ACS revelou em seus depoimentos que é possível desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde na comunidade onde atuam como afirma A2: *“sim é possível desenvolver ações sobre os problemas ambientais, como trabalhar o tema com as famílias nas visitas realizadas”*.

Pelo fato do agente comunitário de saúde morar na área de abrangência em que ocorre a sua atuação, ele tem a possibilidade de conviver com a realidade e as práticas de saúde locais, bem como tem a oportunidade de conhecer a população, tornando-se um representante da comunidade no serviço de saúde. Isto aumenta o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, pois o ACS identifica-se com a cultura, linguagem e os costumes de sua própria comunidade, isto faz com que ele tenha mais conhecimento das dificuldades e dilemas enfrentados pelos moradores, o que, em certa medida, contribui para a melhoria da atenção, especialmente na prevenção, como destacou a A1, em sua entrevista.

O ACS, ao iniciar seu trabalho junto à ESF frequenta um curso introdutório, de 60 horas de duração, que tem o objetivo de uma “aproximação aos princípios da estratégia de saúde da família, a fim de que possam organizar a atenção básica de saúde nos municípios” (BRASIL, 2002c, p. 44). No processo de trabalho da equipe de saúde, cada membro desempenha funções específicas, sendo importante certa sintonia de propósitos e de linguagem, além da qualificação sobre o tema, tendo em vista a atenção básica em saúde.

A partir do momento em que o ACS estabelece o vínculo de confiança com as famílias, deve buscar conhecer todos os problemas enfrentados pelas famílias, sejam as moradias em risco, drogas, alcoolismo, entre outros, procurando dessa forma encaminhar para a Unidade Básica de Saúde da Família, para discussão e possíveis soluções. Os depoimento de A3 confirmam esta percepção:

Sim em primeiro lugar a orientação nas visitas. Depois reconhecer cada problema para ver o que pode ser feito. Por exemplo o esgoto a céu aberto: procurar o órgão responsável para que se faça uma fossa (A3).

Os ACS devem ter capacidade de se comunicarem com as pessoas, pois isso é fundamental para a construção de uma relação de confiança com os moradores,

que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas.

A execução das ações e o monitoramento dos resultados têm o envolvimento de todos os membros da equipe de saúde. Sperandio et al (2004) se referem à constituição de redes, objetivando aproximar os atores sociais envolvidos com a implantação de ambientes saudáveis. Esta dinâmica permite clarear quais são os problemas e, a partir daí, a construção de soluções pode se viabilizar no próprio grupo, coresponsabilizando os participantes, não só na equipe de saúde, mas na própria comunidade.

Categoria 2: Envolvimento de outros profissionais

Nas entrevistas, os ACS manifestam que não é possível a ESF desenvolver ações para resolver problemas ambientais de forma isolada, sendo mais efetivo se forem realizadas em conjunto com outros setores do poder público, visando ofertar melhores condições de saúde e bem estar à comunidade. Neste sentido, A4 indaga que *“não é responsabilidade só do governo”* e A5 acrescenta que *“a ESF é muito importante, mas o passo maior é o poder público todo agir”*.

Apesar de se referirem aos outros profissionais de saúde, estes parceiros podem estar na secretaria municipal de saúde ou em outras secretarias e/ou entidades, identificando um caráter intersetorial na abordagem voltada aos problemas socioambientais. Porém, nem todos os profissionais entrevistados têm claro quais ações poderiam ser desenvolvidas quanto aos problemas socioambientais.

Em relação à capacitação, esta deve ocorrer no município, de forma gradual e permanente, pois é essencial que se faça um compromisso com as ações de educação em saúde, de forma a preparar o ACS e a equipe para atuar na realidade e na busca de soluções para os problemas comunitários.

Embora a maioria dos ACS tenha recebido capacitações, falta conhecimento sobre o que é realmente o saneamento básico. Ele não se restringe apenas ao destino dos resíduos sólidos, mas também ao esgotamento sanitário e ao abastecimento de água. Quando se avalia o relato dos ACS, percebe-se que estes

trabalham na ótica da prevenção de doenças e não na promoção da saúde e reforçam o conceito de saúde como ausência de doença.

Os ACS deveriam ser capacitados sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença, porém na realidade, a proposta de capacitação pauta-se no modelo biomédico, enfocando fortemente os aspectos biológicos e o cuidado fragmentado, não sendo discutido o desenvolvimento social, de forma a atender integralmente a promoção da saúde e a qualidade de vida.

Infelizmente a maioria dos trabalhadores das ESF, é formada nesse modelo e são esses os profissionais que capacitam os ACS. Sendo resumido o trabalho do ACS em recomendações biomédicas, através de orientações individualizadas, que reforçam a assistência médica sem considerar a dimensão familiar. Através das diversas capacitações realizadas, os ACS adquirem confiança para orientarem as famílias sobre as diversas doenças e como se prevenir.

Em princípio, quanto maior o grau de escolaridade, mais condições terá o ACS de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade. O art. 3º, incisos I a III da Lei n. 10.507/2002, do Ministério da Saúde determina que para o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde se faz necessário o atendimento dos seguintes requisitos: residir na área em que atuar ter concluído o ensino fundamental e o curso de qualificação básico para a formação de agente comunitário de saúde. O MS preconiza que o enfermeiro da ESF deve dar capacitações a todos os ACS de sua unidade. O enfermeiro, através de palestras, folhetos e cartazes explicativos e outros recursos audiovisuais, deverá fornecer conhecimentos imprescindíveis à capacitação do ACS, cuja capacitação deve fornecer embasamento teórico sobre doenças, prevenção e tratamento, e estimulando a realização de um trabalho comunitário, participativo e reflexivo sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença.

A pesquisa revelou que os ACS têm interesse de buscar informações, para que possam ajudar a comunidade onde vivem.

4.3 Educação ambiental e motivação dos ACS

As ações educativas fazem parte do dia a dia e têm como objetivo final contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O desenvolvimento de ações educativas em saúde pode abranger muitos temas em atividades amplas e complexas, o que não significa que são ações difíceis de serem desenvolvidas, ocorre por meio do diálogo e do saber escutar.

Nossa discussão se amplia quando as percepções dos agentes sobre seus conhecimentos, a partir das capacitações ofertadas, foram autoavaliadas pelos próprios ACS. Pelo menos 2 ACS acreditam que sua capacidade para o desempenho da função é regular, 2 ACS acham ser bom e 1 ACS atribui-se um muito bom nível para promover educação ambiental.

A partir disto, a reflexão que se impõe é quais são os valores, as reflexões e as práticas cotidianas em saúde ambiental de responsabilidades dos ACS construídas no meio em que vivem e atuam.

Os agentes entrevistados demonstraram sentir a necessidade da educação continuada, cuja falta acarreta prejuízo ao trabalho. Os ACS precisam ter uma educação permanente para um melhor aproveitamento das atividades educativas por eles realizadas, pois os ACS são sujeitos importantes dentro da equipe, pois ele dá voz para a comunidade ou é a voz da comunidade dentro dos serviços de saúde, até certo ponto.

Essa dificuldade na abordagem do tema educação ambiental não é apresentada somente pelos agentes comunitários. De forma geral, os profissionais da saúde dominam pouco esse conteúdo. As entrevistas mostraram que, na visão dos ACS, a sua capacidade em mobilizar e motivar suas comunidades foi dimensionada como 'bom' e 'muito bom', indicando que elas se sentem bem recepcionadas e vinculadas às comunidades com as quais trabalham.

Portanto, com essa percepção, os ACS podem criar vínculo com as comunidades e desenvolver ações que induzem à tomada de decisões convenientes para o cumprimento de metas pelo modo como são estruturados e financiados, torna-se, na prática, incapazes de cumprir o que prometeram, podendo, em alguns casos, até potencializar fatores de risco sanitários danosos à população e ao meio ambiente.

4.4 Ações de saneamento que são de responsabilidade dos serviços públicos

Embora a prestação dos serviços de saneamento seja responsabilidade dos municípios e dos estados, a realização dos investimentos é responsabilidade de todos os níveis de governo, pois investir no saneamento do município melhora a qualidade de vida da população, bem como a proteção ao meio ambiente.

Como observa Leff (2005), a resolução dos problemas ambientais implica ativação e objetivação de um conjunto de processos sociais. A perspectiva dessa visão é abordar essa relação não como interface de dois domínios distintos, mas analisar como a sociedade se articula para se apropriar e submeter à natureza. A discussão inicia e termina no âmbito dos processos sociais e sua associação com o movimento dos fenômenos naturais se definiria como objeto de trabalhos interdisciplinares (MORAES, 1999).

A necessidade de integração do trabalho entre diferentes disciplinas, instituições e atores sociais traduz um desafio do nosso tempo: o enfrentar a complexidade e agravamento das questões sociais, ambientais e sanitárias que se apresentam intimamente ligadas em vários problemas de saúde e ambiente.

Em relação às ações de serviços públicos sobre saneamento 2 ACS consideraram como ações de saneamento ambiental o tipo de moradia, água e esgoto, 2 ACS relacionaram de forma conceitual correta os serviços públicos de saneamento (água, esgoto, lixo e águas pluviais) e 1 ACS considerou como responsabilidade dos serviços públicos água e esgoto.

Cabe então ao Estado implantar políticas públicas que reconheçam o direito à saúde como fundamental. Neste sentido, desde o final dos anos 1980 uma série de ações concretas foi instituída pelo Estado com amparo nos princípios da integralidade da atenção em saúde, na equidade das ações e na universalidade do direito de acesso, aliados ao controle social, a descentralização técnica e política e a intersetorialidade, adotando por concepção de saúde a sua produção social (PAIM, 1999).

Mendes (1999) refere que a complexidade e as causas múltiplas dos problemas relacionados à saúde nesta concepção ampliada tornam insuficientes as

ações e serviços desenvolvidos pela gestão da saúde e profissionais do setor. A intersectorialidade se impõe neste contexto de problemas socioambientais impactando as condições de vida de todos os indivíduos (FREITAS e PORTO, 2006; ANDRADE, 2006).

Novas demandas sociais se impõem à gestão a partir da legislação constitucional/infraconstitucional, e a articulação de diferentes setores, compartilhando saberes e práticas, faz-se necessária para dinamizar o desenvolvimento de políticas públicas intersectoriais (ANDRADE, 2006). Este autor destaca, no entanto, que esta perspectiva implica pactos entre diferentes atores sociais, aproximando-os em torno de objetivos comuns, negociados com a perspectiva do consenso, mediante uma relação dialógica, o que será possível por meio de um processo de descentralização, perspectiva destacada também por Arretche (1999), a qual, no entanto realça a dificuldade tecnopolítica neste processo.

4.5 Planejamento e programação de ações para enfrentar os problemas de saneamento.

Planejar é preciso, portanto, as famílias em risco e as que pertencem aos grupos prioritários precisam ser acompanhadas mais de perto. Essa categoria buscou analisar a percepção do agente comunitário de saúde para condutas de planejamento e programação de ações que visem ao enfrentamento dos problemas de saneamento em nível local.

Os ACS perceberam que a implantação de projetos técnicos, o conhecimento da comunidade, conhecimento da equipe da ESF e as ações de educação em saúde programada são condutas que devem ser priorizadas ao se planejar e programar ações de enfrentamento para os problemas de saneamento.

A rotina de trabalho das equipes inclui o conhecimento do território e da população, da dinâmica familiar e social, que são ferramentas valiosas para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações desenvolvidas.

Os problemas socioambientais são gerados pelo próprio homem, havendo a necessidade de trabalhar por soluções, com abordagem interdisciplinar e novas

formas de interpretação destes, distinguindo causas, contexto e necessidade (MINAYO, 2002; AUGUSTO *et al*, 2003; FREITAS e PORTO, 2006). Segundo Augusto *et al* (2003), é fundamental a “incorporação ampla da sociedade na discussão de seus problemas e ir além, captar como a comunidade vê o mundo, uma vez que ela o vê de forma integrada” (p. 90).

Para a execução de uma política de saúde e ambiente há necessidade de um método o qual permita uma ação ampla, com flexibilidade nos processos em nível local e incorporação de ações de promoção da saúde. Ou seja, o sistema deve ser aberto e com diálogo para haver efetividade e rapidez nas decisões e ações.

Todas as famílias e pessoas do seu território devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde. Entretanto, sua atuação não está restrita ao domicílio, ocorrendo também nos diversos espaços comunitários. Todas as famílias e pessoas do seu território devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde.

De acordo com Sperandio *et al* (2004), as ocasiões de encontro da comunidade para debater temas relacionados à ambientes saudáveis de vida são fundamentais ao permitirem um processo de reflexão para transformar as condições locais. Neste sentido, o ACS pode estabelecer um elo de ligação entre a comunidade e os demais membros da equipe de saúde da ESF.

O ACS, ao iniciar seu trabalho junto à ESF frequenta um curso introdutório, de 60 horas de duração, que tem o objetivo de uma “aproximação aos princípios da estratégia de saúde da família, a fim de que possam organizar a atenção básica de saúde nos municípios” (BRASIL, 2002c, p. 44).

4.6 O processo de trabalho dos ACS na ESF

A ESF é fortemente amparada nos princípios e diretrizes do SUS e busca a integralidade da atenção em saúde, intervindo em todos os momentos do processo saúde-doença (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

Sim uma vez ao mês são realizadas reuniões com a enfermeira do PSF. As reuniões são boas e a enfermeira traz um assunto para nós debater (A1).

Os entrevistados foram questionados sobre a importância da reunião de equipe e da sua ocorrência. As reuniões de equipe constituem um espaço importante para a avaliação das condições de vida da população, a programação das ações e serviços a serem desenvolvidos e o monitoramento dos indicadores de saúde (FORTUNA et al, 2005).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) visam à melhoria da qualidade de vida de sua comunidade, buscando solucionar os problemas através da promoção da saúde e prevenção de doenças. Os depoimentos a seguir ilustram isso:

Minha rotina é fazer visitas domiciliares passando para alertar e prevenir as pessoas de doenças, meio ambiente (A4).

Realizar visitas domiciliares, detectando problemas e achar maneiras de resolvê-los. A ESF trabalhar mais com a prevenção (A1).

O fato dos ACS residirem na área de atuação faz com que eles tenham facilidade de entrar nas casas das pessoas, possibilitando conhecer todos os problemas enfrentados pelas famílias. Ao se depararem com algum problema, os ACS levam a comunidade ou o doente à Unidade Básica de Saúde para tentar dar encaminhamento ou solucionar, e, desta forma, eles acabam se tornando um elo entre a comunidade e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Como pode ser visto nos depoimentos a seguir:

A minha rotina é boa, na minha microárea além de visitas domiciliares realizadas por mim, os mais acamados recebem visitas do médico da ESF. Acho isso muito bom porque não sendo assim, não iriam até a unidade de saúde (A2).

Diariamente faço visitas e às vezes junto com a equipe da ESF. Sempre priorizamos as famílias que tem mais necessidades no município. E diariamente se vai até elas e aqueles que precisam são levados até a unidade de saúde ou até o mesmo o médico vai até elas (A3).

Os entrevistados foram questionados também sobre a importância da reunião de equipe e da sua ocorrência. Como pode ser visto nos depoimentos a seguir:

Sim uma vez ao mês são realizadas reuniões com a enfermeira do PSF. As reuniões são boas e a enfermeira traz um assunto para nós debater (A1).

Sim. São reuniões feitas para discutir problemas no coletivo e individual, sobre famílias que estejam sofrendo qualquer problema, onde a ESF possa atuar de qualquer maneira. Também recebemos capacitação para prevenir e orientar as famílias sobre algum assunto. Normalmente quem comanda essas reuniões é a enfermeira da ESF (A3).

As reuniões de equipe, e a própria proximidade do trabalho permite o conhecimento mútuo entre os profissionais, criando vínculos e aceitando as diferenças, enfim, construindo as pontes para a formação efetiva de uma equipe (FORTUNA et al, 2005). Estes autores acrescentam que “falar de trabalho de equipe não é falar de algo harmonioso [...] É falar de pessoas em relação, que terão momentos de conflitos [...] mas que são possibilidades de crescimento, se forem bem trabalhados” (p.267).

Sim são discutidos assuntos da microárea de cada um. Quem lidera é a enfermeira chefe (A4).

Pode-se verificar que as reuniões são realizadas pela enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, porém, os demais profissionais do serviço local de saúde têm a responsabilidade de participar e colaborar com estas capacitações e ainda auxiliar na definição das ações e atribuições prioritárias dos ACS, pois as reuniões de equipe possibilitam que os diversos membros da equipe discutam os problemas que se apresentam na prática cotidiana e permite a construção de consensos para resolução dos problemas identificados para melhor atender à comunidade. Com efeito, participar ou não das reuniões não é uma prerrogativa dos profissionais, sob o ponto de vista das normas da ESF. A estratégia preconiza reuniões semanais da equipe de saúde, ou seja, com a participação de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, além de outros profissionais que por ventura façam parte da ESF (BRASIL, 2007a, 2007b).

Talvez pelo fato do foco de atuação desse profissional estar centrado apenas no modelo biomédico e na cura de doenças, fique mais difícil o ACS entender o quanto o meio pode interferir na qualidade de vida das comunidades e no adoecimento destes. Ao considerar que a reunião de equipe e com a enfermeira se dá mensalmente, o que se espera é que o ACS planeje suas ações para resolução dos problemas de sua microárea, mas percebe-se que o ACS acaba apenas cumprindo metas, não refletindo sobre o seu trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer os profissionais da saúde, suas concepções relacionadas ao processo saúde-doença, sua formação e perfil, suas necessidades individuais e coletivas é uma maneira de qualificá-los, participantes que são de uma equipe de saúde que pretende ser interdisciplinar e transdisciplinar, na acepção de Morin (2004b). Conhecer os ACS da ESF, foco deste trabalho, e as relações que estabelecem entre suas práticas profissionais e a questão ambiental é relevante, considerando a qualidade de vida da comunidade.

Tendo a maioria dos ACS recebido capacitações e treinamentos falta conhecimento do que realmente é o saneamento básico. Esse retrato talvez explique a dificuldade que muitos profissionais da saúde enfrentam ao confrontar-se com os

problemas socioambientais, pois as condições socioeconômicas, culturais e ambientais têm alta potência sobre a vida dos sujeitos representando um aspecto fundamental a ser considerado no desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Predomina, no município, uma visão biomédica dos ACS não sendo consideradas as questões biológicas (idade, sexo, fatores hereditários), o estilo de vida, as redes sociais e comunitárias, as condições de vida e de trabalho além das condições socioeconômicas, culturais e ambientais que tem influencia direta sobre a população interferindo na qualidade de vida da comunidade.

É inegável o benefício que o ACS pode proporcionar na gestão de um município, pois atuar na comunidade onde reside, acaba fortalecendo o vínculo com a comunidade e o comprometimento com o desempenho de suas atribuições. O ACS, através de suas habilidades e competências, desenvolve ações de prevenção e promoção de doenças, buscando as necessidades da comunidade e levando até a ESF para serem solucionadas. Isso possibilitaria, por exemplo, o uso adequado da água, a redução, reutilização e reciclagem do lixo doméstico e a busca por soluções individuais e coletivas para o tratamento e destinação final dos esgotos domésticos. Assim, contribuindo de forma significativa, não só com a melhoria do meio ambiente, mas também reduzindo os índices de morbimortalidade infantil, de doenças diarreicas, internações por causas evitáveis, etc..

Portanto, é importante ressaltar que a ESF deve reconhecer a importância do agente comunitário de saúde na localidade em que atua, pois ele é uma ferramenta necessária na relação da comunidade com os serviços de saúde.

Verificamos ainda as principais deficiências municipais, que estão relacionadas à falta de tratamento de esgoto e coleta e destinação final do lixo, sendo que não existem ações da equipe de enfermagem na participação das decisões e implantações de normas que regulamentem esses sistemas.

Acreditamos que a elaboração de políticas públicas relacionadas aos problemas socioambientais é de responsabilidade de todos os níveis de governo sendo fundamental a inter-relação com outras áreas como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, Distrito Federal, Secretarias Municipais de Saúde e a comunidade, pois investir no saneamento do município melhora a qualidade de

vida da população, bem como a proteção ao meio ambiente, devendo estar no horizonte de preocupações do campo da saúde, a partir da gestão pública.

Portanto, podemos concluir que se torna necessário oferecer atenção especial para a implantação das equipes do ESF nos municípios, qualificando os profissionais, visando o atendimento integral das famílias tendo uma abordagem interdisciplinar, que possibilite a gestão dos recursos hídricos, a implementação de saneamento básico, a promoção da saúde e a adesão da comunidade.

REFERÊNCIAS

Andrade, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**: São Paulo: Hucitec, 2006 288p. : Il. – (saúde em debate: v173).

ARAÚJO, Marize B. S; ROCHA Paulo de M. Trabalho em Equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 455-464, mar/abr, 2007.

ARRETCHE, Marta. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 14, n. 40. São Paulo, 1999.

AKERMANN, Marco. **Saúde e desenvolvimento local**: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica. São Paulo: Hucitec, 2005.

AUGUSTO Lia G. da S.; CÂMARA, Volney de M; CARNEIRO, Fernando F.; CÂNCIO, Jacira; GOUVEIA, Nelson. Saúde e Ambiente: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 87-94, 2003.

AZEVEDO et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n, 3, maio/jun. 2007

AUGUSTO Lia G. da S.; CÂMARA, Volney de M; CARNEIRO, Fernando F.; CÂNCIO, Jacira; GOUVEIA, Nelson. Saúde e Ambiente: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 87-94, 2003.

AZEVEDO et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n, 3, maio/jun. 2007.

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BESERRA, Eveline Pinheiro; ALVES, Maria Dalva Santos; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa and VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária**. Rev. bras. enferm. [online]. 2010, vol.63, n.5, pp. 848-852. ISSN 0034-7167. Acesso em 23/08/2012.

BUSS, P.M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M., orgs. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1), p. 77-93, 2007. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm> Acesso em: 19 de setembro de 2012. .

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL / Ministério da Saúde de. Gestão Municipal de Saúde: **leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde. 2001b.

BRASIL / Fundação Nacional de Saúde. **Portaria 1469, de 29 de dezembro de 2000**: aprova o controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 2001 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite**/ Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 jul. 2002a.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério das cidades. **Caderno de Saneamento Ambiental**. Assessoria de Comunicação Social do Ministério das Cidades. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento: Pactos pela Vida, e de Gestão**. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 2006c

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre as atividades dos agentes comunitários de saúde e de agente de combate as endemias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2006 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria 648/06, de 28/03/2006**. Em: Política Nacional de Atenção Básica. 4ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BROMBERGER, Suzy Mara T. A Estratégia da Saúde da Família numa perspectiva ambiental para a promoção de saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v17, n.02, p.15-24, 2003.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. SÃO PAULO: CULTRIX, 2005.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

COELHO, Maria Thereza A. D.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **Revista História, Ciências e Saúde**. Rio de Janeiro, v.9 (2), p. 315-333, mai/ago, 2002.

COHEN, Simone C.; CYNAMON, Szachna E.; KLIGERMANN Débora C.; ASSUMPÇÃO, Rafaela F. Habitação saudável no Programa de Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.807-813, jul/set, 2004

CORSAN – Companhia Rio-grandense de Saneamento. **Tratamento de Água**. Consulta ao site: http://www.corsan.rs.gov.br/sistemas/trat_agua.htm, acesso em 10/08/2012.

DATASUS. **Informações de Saúde – Informações Demográficas e Socioeconômicas**. <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popprs.def>> Acesso em 19/08/2012.

FEPAM – Fundação Estadual de Proteção Ambiental Henrique Luiz Roessler- RS. Site: <<http://www.fepam.rs.gov.br>>. Acesso 22/08/2012.

FREITAS Carlos M.; PORTO, Marcelo F. **Saúde, Ambiente e Sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

FORTUNA, Cinira M.; MISHIMA, Silvana M.; MATUMOTO, Silvia; PEREIRA, Maria José B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir 170 dos conceitos de processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13 n.2, p.262-268, mar/abr, 2005.

Gooldim, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. Ed. Porto Alegre: Da casa, 2000.

Gouthier, J. H.M. **Pesquisa de enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GUIMARÃES M. Educação ambiental crítica. In: LAYRARGUES P.P. (Coord.) **Identities da educação ambiental brasileira**. Brasília (DF): Ministério do Meio Ambiente. Diretoria de Educação Ambiental, 2004. p. 25-34

GUIMARÃES, A. J. A.; CARVALHO, D. F. de; SILVA, L. D. B. da. **Saneamento básico 2007**. Disponível em: <<http://www.ufrj.br/institutos/it/deng/leonardo/Downloads>> Acesso em: 15 de agosto de 2012.

IANNI, Áurea M. Z; QUITÉRIO, Luís Antônio D. A questão ambiental urbana no Programa de Saúde da Família: avaliação da estratégia ambiental numa política

pública de saúde. **Ambiente e Sociedade**. São Paulo, vol. IX, n 1, jan./jun. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional 2000**. Consulta do site na internet: <http://www.ibge.gov.br>, acessado em 06/08/2012.

HELLER, L. **Saneamento e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 1997.
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431545>>. Acessado em 20/08/2012.

LEFF, Enrique. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder**. 4ª edição. Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2005.

MARCONDES, W.B. **A convergência de referências na Promoção da Saúde**. Saúde e Sociedade, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M.C.S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M.C.S., MIRANDA, A.C. (orgs.) **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002a. p. 173-89.

MORAES, Roque. Análise de Conteúdo. **Educação**, Porto Alegre, vol V, ano XXII, p. 7-32, março, 1999.

MOTA, Suetônio. **Saneamento**. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999

NEGRI, B. **Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida**. [online]. <<http://www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm>> acesso em 19/08/2012.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p.1639-1646, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **The millennium development goals report**, 2009.

PAIM, Jairnilson D. S. Políticas de Descentralização e Atenção Primária em Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999a.

RIBEIRO, H. Saúde pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n.1, jan./abr. 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde **Normas e Diretrizes das**

Estratégias Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Disponível em <<http://www.saudedafamilia.rs.gov.br> 2007>. Acesso em 20/08/2012.

RODRIGUES, C. R. F. **Participação e atenção primária em saúde:** o programa de saúde da família em Camaragibe – PE (1994 – 1997). São Paulo, 1998. [Dissertação de Mestrado– [Faculdade de Saúde Pública da USP].

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: Editora da UNESP, 1996. Em:<<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG>. Acesso em 24/08/2012.

SCHERER, Magda D. A.; MARINO, Selma R. A. RAMOS, Flávia R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Revista Interface.** Botucatu/SP, v.9, n.16, p. 53-66, set/fev. 2005.

SPERANDIO, Ana Maria G.; CORREA, Carlos R.; SERRANO, Miguel M.; RANGEL, Humberto de A. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 643-654, jul/set,2004.

Starfield B. **Atención primária: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia.** Barcelona: MASSON; 2001.

SENAC. **Fundamentos da Saúde.** Rio de Janeiro: Ed. SENAC Nacional, 1998. 96 p.

SILVA, A.J; DALMASO, W. S. A. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos e formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunic.** Saúde Educ., v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; CORDEIRO NETTO, O. M. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. **Cad. Saúde Pública** [on-line]. 2002, v.18, n.6, p. 1713-1724.

SOUZA, C. M. N.; FREITAS, C. M. Discursos de usuários sobre uma intervenção em saneamento: uma análise na ótica da promoção da Saúde e da prevenção de doenças. **Eng. Sanit. Ambient.** V.14, n.1, p. 59-68, 2009.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

Wood, G. L.; Haber, J. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998

VERDI, M., CAPONI, S. **Reflexões sobre promoção da saúde numa perspectiva bioética.** Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-8, jan./mar. 2005.

APÊNDICE A

ROTEIRO QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

1. Dados de identificação do agente comunitário de saúde

Idade () Sexo ()

2. Área em que atua

- () Rural
- () Urbana
- () Ambas

3. Equipe em que atua

- () 01 ESF
- () 02 ESF
- () 03 ESF
- () 04 ESF

4. Há quanto tempo você trabalha na Estratégia Saúde da Família?

- () Menos de 1 ano
- () 1 a 3 anos
- () Mais de 3 anos
- () Não respondeu

5. Grau de instrução

- () Ensino superior completo
- () Ensino superior incompleto
- () Ensino médio completo
- () Ensino médio incompleto
- () Ensino técnico
- () Ensino fundamental

6. O que significa ter saúde?

7. E ter doença?

8. Saneamento, em sua opinião, significa as ações de serviços públicos sobre:

- () Água/esgoto
- () Água/esgoto/lixo/águas pluviais
- () Tipo de moradia/água/esgoto
- () Energia/telefone
- () transporte
- () Não respondeu

9. Recebeu capacitação para atuar de forma prática em frente à falta de saneamento no que diz respeito à água, esgoto e lixo?

- Sim
- Não
- Não respondeu

10. Recebeu capacitação para orientar e prevenir a comunidade para as doenças relacionadas à falta de saneamento?

- Sim
- Não
- Não respondeu

11. Como você avalia seu conhecimento para promover educação ambiental em sua comunidade?

- Ruim
- Regular
- Bom
- Muito bom

12. Com que frequência você orienta as famílias sobre a importância do uso de água tratada nos domicílios para a manutenção da saúde e do meio ambiente?

- Sempre a cada visita
- Repetidamente a cada 2 visitas
- As vezes (a cada 4 visitas)
- Raramente
- Nunca

13. Quanto à água no seu território, você percebe que ocorre:

- Presença de fontes alternativas (poços, nascentes...)
- Construção de reservatórios para guardar água da chuva
- Uso exclusivo de água tratada pela rede publica
- Não respondeu

14. Quanto ao lixo no seu território você observa que ocorre:

- coleta no território pela rede pública
- Áreas no território sem coleta de lixo
- Queima de lixo produzindo fumaça
- entulhos e animais espalhado pelo território

15. Como você avalia os serviços de tratamento e abastecimento de água prestada pelo Poder Público como um todo em seu território?

- Ruim
- Regular
- Bom
- Muito bom

16. Como você avalia os serviços de coleta e descarte do lixo prestado pelo

Poder Público como um todo em seu território?

- Ruim
- Regular
- Bom
- Muito bom

17. Que avaliação você faz da sua capacidade em motivar e mobilizar sua população para enfrentar problemas socioambientais?

- Ruim
- Regular
- Bom
- Muito bom

18. O que devemos levar em conta ao planejar e programar ações de enfrentamento de problemas socioambientais? (pontue de 1 a 4, sendo 1 o mais importante e 4 o menos importante).

- O conhecimento da equipe ESF
- Ações programadas de educação em saúde pela Secretaria Municipal de Saúde
- O conhecimento e a forma de agir da comunidade
- Os projetos técnicos a serem implantados pela Prefeitura

19. Vocês realizam reuniões de equipe? Como são estas reuniões? Quem comanda ou quem define a pauta, enfim quem lidera normalmente?**20. Você percebe como possível desenvolver ações sobre os problemas ambientais a partir da ESF? Se sim, que ações seriam essas?****21. Como é a tua rotina de trabalho durante a semana? Em outras palavras, como é o cotidiano da ESF no teu município?**

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, de forma voluntária, de uma pesquisa cujo título é **“Percepção dos agentes comunitários de saúde quanto aos problemas socioambientais de um pequeno município do interior do Rio Grande do Sul”**.

Este estudo objetiva analisar a percepção dos ACS quanto aos problemas socioambientais que ocorrem no município e a relação que estabelecem com os problemas de saúde. Justifica-se a relevância deste estudo por se tratar de uma cidade pequena, tranqüila onde aparentemente apresentam-se menos problemas relacionados ao saneamento básico, a população possivelmente não percebe essas questões socioambientais como um problema em curto prazo.

Sendo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) trabalhadores fundamentais na equipe de saúde, pois atuam dentro da comunidade, convivendo diariamente com cada habitante, conhecendo a realidade e as necessidades de cada um, podendo exercer grande influência nos seus modos de vida.

Este estudo não acarretará prejuízos, aos entrevistados, porém pode trazer desconforto que poderá estar relacionado ao tempo de entrevista que deve durar 25 min. Além disso, o entrevistado poderá ter o desconforto de se sentir constrangido em falar sobre o assunto com uma pessoa estranha e por estar sendo gravado o tempo inteiro durante a entrevista por um aparelho eletrônico. Para amenizar esses desconfortos, a acadêmica pesquisadora, aplicará o questionário em sala reservada, livre de qualquer interrupção durante o questionário.

Eu, _____, livre de qualquer

forma de constrangimento ou coerção, declaro que aceito participar do referido estudo e pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação nesse estudo, pois recebi esclarecimentos sobre seus objetivos, justificativa e estratégias de cuidado a que serei submetido (a) de forma clara e detalhada.

Sendo assim, autorizo a acadêmica responsável a registrar minhas falas na íntegra em aparelho gravador eletrônico, desde que fique assegurada a confidencialidade de minha identidade e sigilo de minhas informações, sendo utilizada apenas para fins científicos.

Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida quanto às estratégias de cuidado do projeto;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar deste estudo, sem que isto implique em nenhum tipo de prejuízo ou penalização, nem a mim, nem às minhas atividades profissionais;
- Da segurança de que não serei identificado (a) e que será mantido o caráter confidencial das informações referentes à minha identidade;
- Da garantia de que o meu nome será substituído por um pseudônimo, neste caso, pelo nome de uma flor, a fim de garantir o meu anonimato.
- Da garantia de que se existirem quaisquer tipos de gastos adicionais referentes à pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da acadêmica pesquisadora;
- Todo o material gerado durante o decorrer do trabalho ficará sob posse e responsabilidade da acadêmica pesquisadora por 5 anos e, após será incinerado.

Os aspectos éticos serão respeitados de acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVATES – COEP/UNIVATES.

O pesquisador responsável é o professor Glademir Schwingel e a acadêmica responsável, a qual aplicará o questionário é a aluna Raquel Gonzatti. Para qualquer dúvida ou esclarecimento, contate a acadêmica responsável pelo telefone (51) 9241-3049, ou pelo e-mail rgonzatti@universounivates.br

Raquel Gonzatti
(acadêmica responsável)

Glademir Schwingel
(pesquisador responsável)











