

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
CURSO: MESTRADO EM SOCIOLOGIA**

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA DISCUSSÃO SOBRE O
MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

PAULO HENRIQUE MIRANDA DA SILVEIRA

**RECIFE
2010**

PAULO HENRIQUE MIRANDA DA SILVEIRA

**Aluno do Curso de Mestrado em Sociologia do Programa de Pós-
Graduação em Sociologia – UFPE.**

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA DISCUSSÃO SOBRE O
MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Dissertação apresentada como
requisito para obtenção do
título de Mestre em Sociologia
pela Universidade Federal de
Pernambuco.

Orientador: Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes.

**RECIFE
2010**

Silveira, Paulo Henrique Miranda da
Programa saúde da família: uma discussão sobre o
modelo de atenção básica à saúde / Paulo Henrique
Miranda da Silveira. -- Recife : O Autor, 2010.
119 folhas, Il., fig., graf. Quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Pernambuco. CFCH. Sociologia, 2010.

Inclui : bibliografia e anexo.

1. Sociologia. 1. Saúde – Família. 2. Instituições
sociais.. 3. Política pública. I. Título.

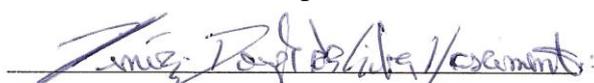
316
301

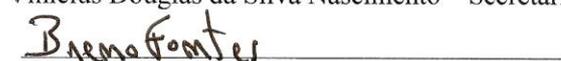
CDU (2.
ed.)
CDD (22. ed.)

UFPE
BCFCH2010/71

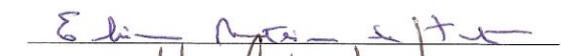
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação de PAULO HENRIQUE MIRANDA DA SILVEIRA do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco.

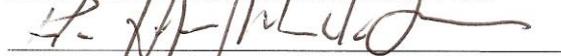
Ao nono dia do mês de abril do ano de dois mil e dez, reuniram-se na Sala de Seminários do 12º andar do prédio do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, os membros da Comissão designada para a Defesa de Dissertação de PAULO HENRIQUE MIRANDA DA SILVEIRA, intitulada **“PROGRAMA A SAUDE DA FAMÍLIA: UMA DISCUSSAO SOBRE O MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”**. A Comissão foi composta pelos Professores: Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes (Presidente/Orientador); Profa. Dra. Valdilene Pereira Viana Schmaller - Titular Externa (PPGSS/UFPE); Profa. Dra. Eliana Maria Monteiro da Fonte - Titular Interna (PPGS/UFPE). Dando inicio aos trabalhos, O Prof. Dr. Breno Fontes explicou aos presentes o objetivo da reunião, daneis ciência da regulamentação pertinente. Em seguida, passou it palavra ao autor da Dissertação, para que apresentasse o seu trabalho. Após essa apresentação, cada membro da Comissão fez sua arguição, seguindo-se a defesa do candidato. Ao final da defesa, a Comissão Examinadora retirou-se, para em secreta deliberar sobre o trabalho apresentado. Ao retomar, O Prof. Dr. Breno Fontes, presidente da mesa e orientador do candidato, solicitou que fosse feita a leitura da presente Ata, com a decisão da Comissão aprovando a Dissertação por unanimidade. E, nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada par mim, secretario do Programa, pelos membros da Comissão Examinadora e pelo candidato. Recife, 09 de abril de 2010.


 Vinícius Douglas da Silva Nascimento – Secretário


 Prof. Dr. Breno Augusto Souto Maior Fontes


 Profa. Dra. Valdilene Pereira Viana Schma


 Profa. Dra. Eliana Maria Monteiro da Fonte


 Paulo Henrique Miranda da Silveira

DEDICATÓRIA:

Este trabalho é dedicado a minha família.
Em especial, a minha mãe Ivanira, minha
esposa Marcela e a nossa filha Júlia.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação não poderia ter sido realizada sem o apoio e a colaboração das seguintes pessoas:

Em primeiro lugar, agradeço ao professor Breno Fontes, pela orientação e pela atenção que foram fundamentais para conclusão desta dissertação, bem como aos outros membros do Núcleo de Cidadania (NUCEM PPGS/UFPE) professores: Paulo Henrique Martins, Aécio Gomes de Matos e Eliane da Fonte, pela confiança que sempre depositaram em mim.

Estendo o meu agradecimento aos amigos que sempre me apoiaram durante todo o período em foi realizado este estudo, em especial: Rogério Alves, Ailton Cunha, Cibele Rodrigues, Jorge Alexandro, José Alberto Lins, João Paulo de França, Caio Sotero, Paula Santana, Mercês de Fátima, Marcio Abreu e Breno Bittencourt.

A Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), agradeço pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

A UFPE, particularmente o professor Luiz Canuto e a funcionária Claudinete, extensivo ao funcionário da Pós-Graduação em sociologia Vinicius Douglas e a estagiária Priscila de Almeida Braz, assim como aos demais funcionários que compõem o Departamento de Ciências Sociais desta Universidade.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Recife, principalmente os Agentes comunitários de Saúde (ACS) que me atenderam com muita presteza, sem os quais não teria levantado as informações tão significantes para o desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

O objetivo do nosso estudo é analisar o modelo de atenção básica à saúde a partir dos vínculos sociais existentes entre os agentes comunitários (ACS), usuários atendidos pelo serviço e associações que desenvolvam atividade junto as Unidades do Programa Saúde da Família (USF) no distrito sanitário IV da cidade do Recife. Nosso referencial teórico se baseia nos estudos sobre redes sociais, pois possibilitam investigar os vínculos estabelecidos entre esses indivíduos (aqui representados pela relação entre os ACS, usuários e associações) na estrutura social e, se estes vínculos podem ou não contribuir para uma ação em saúde mais preventiva. Inicialmente, pretendemos resgatar elementos de um novo sistema de saúde (SUS), de modo que possamos analisar aspectos da reforma sanitária no Brasil e sua influência para adoção de uma nova prática de saúde que envolve a participação social como elemento essencial para reorganização do sistema de saúde. Em seguida, procuraremos examinar a adoção dessas novas estratégias que incorporam o território na definição das políticas públicas, a partir do exemplo de programas como a saúde da família (PSF). Abordaremos também o papel do agente de saúde, com base na discussão sobre: hibridismo entre o educador social e/ou marcador de consultas. Para tanto, faremos uma breve descrição sobre o Agente Comunitário, a partir do seu perfil socioeconômico, sua trajetória na saúde e sua concepção sobre a atividade junto às unidades de saúde. Concluindo, com a análise na perspectiva de redes sociais: como um novo paradigma para saúde (FONTES & MARTINS, 2004) onde será utilizada a medida de rede (centralidade) para refletir, com base nessa perspectiva, que tipo de vínculos são estruturados entre os ACS e as associações comunitárias, como um fator preponderante para o monitoramento de uma política de atenção básica à saúde.

Palavras Chaves: Saúde, Redes Sociais, Participação e Políticas Públicas.

ABSTRACT

The aim of our study is to analyse the basic healthcare model based on the current social links between the community agents (ACS), users attended by the service and the associations that exercise activities within the Family Healthcare Programme Units (USF) in Healthcare District IV in the city of Recife. Our theoretic referral is based on studies on social networks, which allows for investigating links set up between these parties (represented here by the relationship between the ACS, users and associations) within the social structure and, whether these links are able or not to contribute to a more preventative work in healthcare. Initially, our intention is to introduce elements of a new system of healthcare (SUS), so that we may be able to analyse aspects of healthcare reform in Brazil and its influence in the adoption of a new healthcare practice that involves social participation as an essential element in the reorganization of the healthcare system. Following on that, we will seek to examine the adoption of these new strategies that incorporate the territory in the defining of public policies, based on the example of programmes such as Family Healthcare (PSF). We will also treat of the role of the healthcare agent, based on the discussion about: hybridization between the social educator and/or appointments attendant. To this end, we will give a brief description of the Community Agent, based on his/her socio-economic profile, career to date in healthcare and notion of the work within the healthcare units. Concluding with an analysis within a social network perspective: as a new paradigm for healthcare (FONTES & MARTINS, 2004) where network measure (centrality) will be used for examing, based on this perspective, what type of links are structured between the ACS and the community associations, as a preponderant factor for the monitoring of a basic healthcare policy.

Key Words: Healthcare, Social Networks, Participation and Public Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Diferenças fundamentais entre DAA e CO	31
Gráfico 1 - Atividade mais importante voltada à prevenção e combate as doenças	34
Gráfico 2 - Qualidade mais importante do PSF	36
Gráfico 3- Participou com a comunidade de campanhas de prevenção às doenças	40
Figura 1- Mapa da Localização do Distrito Sanitário IV	41
Gráfico 4 - Importância que a ajuda do ACS tem com relação à saúde infantil	44
Figura 2 - Organograma do Programa Saúde da Família (PSF)	48
Quadro 2 - Critérios para implantação de USF	50
Gráfico 5- Pacto de Indicadores de Atenção Básica da cidade do Recife	51
Gráfico 6- Frequência com que os ACS realizam as visitas domiciliares	55
Gráfico 7 - Importância de recorrer a rezas, bênçãos e passes em caso de doença	61
Gráfico 8- Importância que a ajuda do ACS tem com relação à marcação de consulta	63
Figura 3- Sociograma com a rede associativa das entidades citadas pelos ACS	74
Gráfico 9- O número de entidades citadas pelos ACS na cidade do Recife	75
Figura 4- Sociograma com o índice de centralidade das entidades citadas pelos ACS	77
Gráfico 10- Participação dos usuários dos serviços de saúde nas associações que atuam na comunidade	78
Gráfico 11- Colaboração de ONGs e associações na realização do trabalho em saúde	79
Gráfico 12 - Interação com outros agentes da USF na cidade do Recife	81
Gráfico 13- Tipo de Interação existente entre os ACS na cidade do Recife	81
Gráfico 14- Interação com ACS de outros distritos da cidade do Recife	82
Quadro 3- Centralidade de como conheceu as associações	83

LISTA DE TABELAS

Tabela - 1 População do Distrito Sanitário IV	42
Tabela - 2 Distribuição da População segundo a Estrutura Etária	42
Tabela - 3 Indicadores de desigualdade Social	42
Tabela - 4 Indicadores de Saúde do distrito IV	43
Tabela - 5 Principais defeitos do PSF	47
Tabela - 6 Grau de satisfação como ACS	56
Tabela - 7 Grau de satisfação com o reconhecimento da comunidade	57

LISTA DE SIGLAS

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
Análise de Redes Sociais (ARS)
Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)
Carta de Ottawa (CO)
Centros de Apoio Psicossocial (CAPS)
Declaração de Alma-Ata (DAA)
Equipes de Saúde da Família (ESF)
Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS)
Fundo Monetário Internacional (FMI)
Fundo Nacional de Segurança Pública – (FNSP)
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)
Ministério da Saúde (MS)
National Health System (NHS)
Organização Mundial de Saúde (OMS)
Piso de Atenção Básica (PAB)
Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
Programa de Saúde Ambiental (PSA)
Programa Saúde da Família (PSF)
Região Político-Administrativa (RPA)
Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS)
Sistema Nacional de Saúde (SNS)
Sistema Único de Saúde (SUS)
Sistema Único de Segurança Pública (SUSP)
Unidades de Saúde da Família (USF)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I - ASPECTOS DE UM NOVO SISTEMA DE SAÚDE	
1.1 Revisitando o processo de reforma sanitária	18
1.2 Aspectos sociopolíticos da adoção de um novo sistema de saúde	23
1.3 A atenção básica a partir de programas territorializados	28
1.4 Participação social: o exemplo do PSF	33
CAPÍTULO II – A ATUAÇÃO DOS ACS NA COMUNIDADE	
2.1 Situando a pesquisa Historicamente	38
2.2 Perfil do Território	41
2.3 As Unidades de Saúde da Família e o território	44
2.4 A trajetória dos ACS na saúde	52
2.5 Hibridismo: Educador social ou marcador de consultas?	59
CAPÍTULO III – A FORMAÇÃO DOS VÍNCULOS SOCIAIS A PARTIR DA PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA DE REDES	
3.1 As redes sociais: um novo olhar para a saúde	65
3.2 A utilização de medidas de rede para investigar vínculos sociais	71
3.3 A Interação entre os Agentes Comunitários	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	96
Comitê de Ética em Pesquisa	96
Questionários	97
Roteiro de Entrevista	106
Relação das USF, ACS e Famílias entrevistadas em Recife	107
Relação das Entidades Associativas	113
Tabelas	114
Índices de rede	119

INTRODUÇÃO

As pesquisas empreendidas na área da saúde têm se tornado cada vez mais frequentes no âmbito da sociologia, principalmente após o advento da Reforma Sanitária nos anos de 1970 do século XX que contribuiu para a discussão que resultou na criação e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos de 1980. Esta contribuição deve-se a formatação de um modelo de política sanitária, cuja participação social ocorre através do poder público, das associações comunitárias, das ONGS e dos sindicatos envolvidos na construção das políticas públicas deste setor, como também possibilitaram as pesquisas no campo social aprofundarem as questões referentes à humanização nas relações entre o sistema de saúde e os seus usuários.

Neste sentido, este trabalho se constitui numa dissertação que procura discutir um lado do modelo de atenção básica enfatizando os vínculos sociais¹ entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS), usuários e associações que atuam em conjunto com o Programa Saúde da Família (PSF) no distrito IV da cidade do Recife. Buscando com isso analisar o Programa Saúde da Família a partir da compreensão dos vínculos sociais que são estabelecidos entre esses atores para consolidação de uma política de saúde.

Nosso marco teórico é fundamentado a partir da perspectiva das redes sociais que possibilitam investigar as relações entre indivíduos e grupos sociais, reestruturando trajetórias de vida, como também permitem a estes estabelecerem vínculos sociais no qual possam transitar diferentemente na estrutura social, conforme sua posição na rede, para mobilizar recursos materiais e imateriais (FONTES, 2004).

Recentemente, as experiências de estudos no campo social que versam sobre a humanização na atenção básica têm esquadrihado novas possibilidades teóricas para o monitoramento e avaliação das políticas em saúde.² Principalmente, ao perceberem que o Sistema Único de Saúde (SUS) conforme fora estabelecido, principia um modo de organização transversal, flexível, que enseja a formação de redes sociais (entre usuários, técnicos e entidades sociais), prevendo com isso a participação coletiva desses diversos atores

¹ Ações de co-responsabilidade que contribuam para a identificação e para o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

² BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3): 2002 p. 401-412.

em todos os níveis de poder público e da sociedade civil como um dos fatores determinantes para o bom andamento da atenção aos usuários do serviço de saúde.

Deste modo, o presente texto procura se fundamentar na experiência da pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007)³ que se constituiu num estudo comparativo, onde se procurou reconstruir as redes sociais dos ACS e das famílias atendidas pelo serviço, a partir dos paradigmas do Dom e de Redes Sociais⁴. Essa pesquisa cotejou o Programa Saúde da Família (PSF) e os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) em realidades distintas. O enfoque recaiu nos serviços de saúde de três regiões brasileiras: Nordeste, Sudeste e Sul. As cidades contempladas neste estudo foram: Recife – PE, Fortaleza – CE, Porto Alegre – RS e Campinas – SP.

No caso específico do nosso trabalho, procuramos enfatizar o serviço de saúde, a partir do recorte dado ao distrito sanitário IV da cidade do Recife, ao procurar analisar as perspectivas acerca da formação de indicadores sociais (formação de redes sociais e avaliação do trabalho dos ACS) com base nas “relações entre as pessoas”, conforme conceitua Coleman *apud*, Portugal (2006). Este tipo de relação não visa apenas abordar os atributos (classe, sexo, religião) dos indivíduos, mas permite ampliar o debate sobre suas visões acerca da sua atividade a partir das relações estabelecidas entre esses atores e as associações que atuam junto ao PSF (PORTUGAL, 2006).

Neste sentido, esta dissertação trabalha com a seguinte hipótese: a) Quanto mais central é a relação entre as associações (entidades que atuam na comunidade) na estrutura de redes com os ACS, maiores são as chances de se ampliar os vínculos sociais resultantes das ações em conjunto com a unidade de saúde e, por conseguinte, maiores são as possibilidades de atuação na comunidade.

Com base nesses pressupostos, pretende-se investigar se a relação que se estabelece a partir das ações nas USF (participação conjunta em campanhas e a formação de grupos temáticos com usuários) é fundamental para a compreensão dos vínculos sociais entre Agentes Comunitários e entidades que atuam em sua comunidade. Para tanto, utilizaremos o modelo *network analysis*, pois a partir desta metodologia podemos identificar como esses indivíduos (ACS) se posicionam (centralidade) na estrutura das relações na Unidade de Saúde

³ Pesquisa atendendo ao Edital 037/2004 CNPq, cujos objetivos anunciados são – “expandir a produção do conhecimento básico e aplicado sobre sistemas de políticas de Saúde – Qualidade e Humanização no SUS”.

⁴ Estas perspectivas procuram abordar práticas sociais que promovam à solidariedade, a reciprocidade, a confiança entre indivíduos e grupos sociais dentro de uma estrutura social na qual o acesso a bens materiais e imateriais possibilita novas possibilidades de interação (FONTES; MARTINS, 2006).

da Família (USF) e quais as possibilidades de contato entre essas relações para definição de seus atos.

Deste modo, este trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, apresentaremos os aspectos de um novo sistema de saúde, enfatizando os elementos precedentes para formalização desse sistema.

No segundo capítulo, discorreremos sobre as principais características das Unidades de Saúde da Família, a trajetória dos ACS e suas principais ações no período em que foi realizada a pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007) na cidade do Recife.

No terceiro capítulo, a partir da perspectiva teórico-metodológica de redes sociais, apresentaremos algumas medidas de rede (centralidade) para discussão sobre o tipo de vínculos sociais são estabelecidos entre as agentes comunitárias e associações que atuam na comunidade. Por fim, na quarta parte enfatizaremos os resultados alcançados pela pesquisa no item considerações finais.

No primeiro capítulo, discutiremos a estratégia de reorganização da atenção básica a partir de programas territorializados, como o programa Saúde da Família, que objetivou a transformação dos paradigmas vigentes da prática de políticas públicas de saúde ao priorizar as sociabilidades primárias, incorporando a humanização na atenção aos usuários através de uma ação direta na família e na comunidade na qual estão inseridos, assim como na reorganização da prática médica tradicional, que supervaloriza as ações meramente curativas, especializadas e hospitalares, que não consideram as dimensões *biopsicossociais* envolvidas no processo de adoecimento. Este programa constitui-se numa estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e prevenção da saúde, tanto ao nível individual quanto coletivo.

No segundo capítulo, retomaremos o debate sobre o processo que norteou a construção de um novo sistema de saúde a partir da (re) definição de programas que incorporam o território e a participação social como *locus* da atenção à saúde dos usuários, ao enfatizarmos as experiências voltadas às camadas urbanas mais pobres de nossa sociedade. Neste caso, serão apresentadas as principais ações promovidas pelos ACS na cidade do Recife, no período de 2006 e 2007 via apresentação do modelo organizacional nas USF, bem como através da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no desenvolvimento de sua atividade de trabalho.

Para tanto, com base em documentos oficiais (Guia Prático do Ministério da Saúde) procuraremos demonstrar a composição da Equipe de Saúde da Família, (ESF), o papel da equipe de saúde, inclusive dos ACS, para a organização das atividades de prevenção junto à população. Em seguida, com o auxílio de um organograma do PSF, apresentaremos a

disposição de cada ator na estrutura hierárquica das Unidades de Saúde da Família (USF). Procuraremos do mesmo modo destacar o perfil socioeconômico dos ACS, com base nos dados levantados pela pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007) sem esquecer de resgatar a trajetória na saúde dos ACS e suas principais concepções sobre a sua atividade em conjunto com a população nas unidades de saúde.

No terceiro capítulo, buscaremos retomar a partir do referencial teórico-metodológico de redes sociais em saúde, as abordagens iniciais sobre a formação de um novo sistema de saúde e o impacto da atuação dos ACS junto ao território (local onde são construídas as sociabilidades dos indivíduos) visando compreender as relações que se (re)constituem a partir de uma perspectiva que possibilita avaliar a formação de vínculos sociais entre agentes comunitários e associações que atuam junto ao Programa Saúde Família.

Nos últimos anos, essa linha de pesquisa na sociologia da saúde tem abordado amplamente várias dimensões do processo saúde-doença, sobretudo com estudos voltados ao suporte social e as práticas sociais em saúde, ao estabelecer a forma como os vínculos sociais são firmados entre os ACS e Associações como perspectiva de avaliação das atividades em saúde junto ao PSF. Pois, o Sistema Único de Saúde (SUS), mais do que uma política de transferência de recursos via participação civil, é um projeto social que só efetivaria de fato com a formação de vínculos sociais entre a comunidade (representada pelos ACS e usuários) em conjunto com as associações, ao promover os cuidados necessários à prevenção de doenças em populações de baixa renda.

Nas considerações finais, apresentaremos os principais resultados alcançados por este estudo, tomando como base o debate promovido sobre a compreensão dos vínculos sociais observadas nas relações estabelecidas entre ACS e entidades que atuam no PSF. De modo que este trabalho procurou enfatizar a investigação da(s) dinâmica(s) das ações em saúde no distrito sanitário IV da cidade do Recife, ao buscar compreender a construção da participação através da análise de redes sociais (ARS) como um fator que pode influenciar no desenvolvimento de uma política de atenção primária à saúde.

Capítulo I - Aspectos de um novo sistema de saúde

1.1 Revisitando o processo de reforma sanitária

Não obstante, a proposta do Sistema Único de Saúde que foi aprovada durante a constituinte em 1988 tenha significado um ganho para as demandas igualitárias em nosso país, é importante ressaltar a necessidade de uma avaliação quanto a esta ação, tendo como foco, neste caso, o levantamento dos seguintes aspectos: a) o tipo de vínculo social entre programas sanitários com entidades que compõem a vida organizativa das comunidades; b) a qualidade da participação entre os usuários do sistema SUS.

Busca-se, ao longo deste capítulo, apresentar alguns elementos do debate acerca da reforma sanitária no Brasil e sua influência para adoção de um novo sistema de saúde. Procuraremos também enfatizar, em uma breve revisão deste período, a inclusão de um novo sistema de saúde, resultado de duas leis, 8.080/90 e 8.142/90⁵ que inauguraram oficialmente a participação social na gestão pública como meio fundador de uma ação de alcance nacional. Em seguida, apresentaremos a construção de políticas públicas em saúde que incorporaram a participação comunitária como fator decisivo para o novo desenho da atenção básica. Concluímos com a discussão sobre a definição por programas que envolveram a participação social, como o PSF.

De acordo com Sonia Fleury (2009) os princípios teórico-conceituais da reforma sanitária brasileira e conseqüentemente a criação do SUS precisam ser reformulados, para que possam de fato desenvolver uma política de proteção social que atenda integralmente aos interesses gerais da população. Portanto, passados mais de vinte anos da criação do SUS, é necessário refletir sobre uma nova construção voltada ao sujeito da ação, pois é a partir dele "que poderá transformar novamente o instituído em instituinte, para de novo institucionalizar-se." (FLEURY, 2009, p.751)

⁵ As Leis nos. 8.080/90 e 8.142/90 compõem a legislação que regulamentam os dispositivos constitucionais no capítulo destinado a seguridade social. "A Lei nº 8.142/90 estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde." (BRASIL, 2004).

Ao revisitar os elementos constitutivos para a formação dos sistemas de saúde, ⁶ em especial o SUS (Idem, 2009), esta autora afirma que as temáticas da reforma sanitária e da seguridade social estiveram ausentes da agenda política brasileira por um bom tempo. Foi só a partir dos anos de 1970 que esse debate ressurgiu com maior intensidade.

De acordo com Nunes (2007), o que também favoreceu o ressurgimento desse debate no campo sociopolítico foi o aprofundamento da crise no Sistema Nacional de Saúde (SNS) nos anos de 1970, atrelado ao desgaste do regime ditatorial⁷ que administrava um sistema de saúde bastante centralizado em funções tecnocráticas, o que favorecia a burocratização e não provinha a participação da sociedade civil nas questões sanitárias.

Outro fator significativo para o recrudescimento desse debate foi a inclusão dos temas “cidadania e a institucionalidade democrática”, que se constituíram num incremento “para o debate teórico e para prática política dos movimentos sociais.” (FLEURY, 2009, p.744). Este período foi marcado pelo (re) surgimento de novos atores coletivos, a partir do fortalecimento de novos movimentos sociais (movimentos sanitários). Outro fator que contribuiu para intensificar o debate em torno dessa questão foi a emergência de um novo sindicalismo no final dos anos de 1970, que contribuiu para a consolidação de um campo político de esquerda que passou a exigir do poder público vigentes mudanças urgentes no setor da saúde, além de uma demanda pela redemocratização das instituições sociais.

O projeto de reforma sanitária, segundo (Nunes, 2007; Fleury, 2009, Paim, 2008) só foi viabilizado devido à participação efetiva dos movimentos sociais, que se reorganizaram em torno de demandas que extrapolaram o campo da saúde, aliado a efervescência política que dominou esse período, o que veio a favorecer a aprovação de leis que permitiram a consecução de um novo paradigma de assistência social para a população.

Muito embora o projeto de reforma sanitária brasileira tenha incorporado em seu contexto ideológico as demandas pela redemocratização política e inclusão da participação social no processo decisório, significou, também, a possibilidade de se (re) construir um sistema de proteção social que rompesse com os tradicionais modelos que combinavam de

⁶ O primeiro deles foi o Inglês, que após a segunda guerra mundial, em 1948, criou o NHS (National Health System), um sistema público de saúde financiado integralmente pelo estado, em contraposição ao modelo americano dos anos de 1960, que se constituiu como privatista por natureza e tinha como base os seguros de saúde *medicare e medicaid*.

⁷ Neste mesmo período, no âmbito da sociologia da saúde, esse debate sobreveio de forma intermitente a partir da criação das primeiras cátedras de pesquisa nos cursos de medicina pública e medicina coletiva (Cf. NUNES, 2007), nos quais se observou uma maior regularidade na formação de grupos de pesquisas nessa área que abordassem a temática da reforma sanitária.

forma dual, “um sistema de seguro social para a previdência, e uma assistência social a população sem vínculos trabalhistas.” (FLEURY, 2009, p.748)

O embate entre forças antagônicas dentro desta configuração de assistência social representava uma combinação bastante desigual para o acesso aos bens públicos, onde prevalecia a formação de uma “cidadania invertida” na qual os indivíduos que estivessem fora do mercado de trabalho tinham uma porta de entrada diferenciada dos demais indivíduos que contribuía para o sistema de saúde.

O processo que norteou a reforma no sistema de saúde nacional não se tratou apenas de uma simples alteração na forma de consolidação de uma política nacional de assistência social que incorporasse os diversos interesses coletivos envolvidos nesse processo, mas objetivou a (re) construção de um projeto de estado nacional que fosse capaz de perceber essas diferentes demandas, visando com isso promover justiça social para a população excluída do processo de formulação e discussão das políticas sociais.

Vale ressaltar que no modelo de proteção social anterior os indivíduos estavam condicionados a uma relação contributiva, regulamentada com base em contratos firmados a partir de contribuições passadas, vinculadas às categorias profissionais. Wanderley dos Santos (*apud*, Fleury, 2009) denomina este tipo de relação como “cidadania regulada pela condição de trabalho”. A aprovação do SUS permitiu a junção entre os setores da previdência, saúde e assistência social como integrantes de uma rede de seguridade social. A partir de então foi possível promover uma ação universalizada na cobertura e no atendimento, que se instalaram com o Sistema Único de Saúde.

Vejamos o que diz Sônia Fleury:

A originalidade da seguridade social brasileira está dada em seu forte componente de reforma do Estado, ao redesenhar as relações entre os entes federativos e ao instituir formas concretas de participação e controle sociais, com mecanismos de articulação e pactuação entre os três níveis de governo. A organização dos sistemas de proteção social deveria adotar o formato de uma rede descentralizada, integrada, com comando político único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, regionalizada e hierarquizada, com instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada, em cada esfera governamental. (FLEURY, 2009, p.746).

Nesta perspectiva, o Estado passa a desempenhar um novo papel, articulando e orientando as diversas esferas de gestão, visto que, ao invés de centralizar as suas ações em torno de um modelo comprovadamente ineficiente como ocorria no regime autoritário, com predomínio da tecnocracia e da burocratização, o sistema de saúde pós-constituente 1988

deixa bem claro que a visão do Estado excludente, agente das desigualdades sociais no campo da saúde se exauriu, dando lugar a um Estado promotor da mudança social, atuante na organização e na assistência as instituições sociais em contraposição ao papel clássico do Estado: “de reprodução da direção cultural da classe hegemônica.”

Estas mudanças na perspectiva de atuação do Estado estão presentes na base da reforma sanitária, que aponta para as crises, sejam elas das instituições médicas, dos sistemas de saúde, do atendimento à população, como também sinaliza para um papel reflexivo em torno de uma nova estrutura socializante imersa numa esfera democrática, resultado de consenso para o desenvolvimento de uma prática de socialismo democrático (FLEURY, 2009).

Neste sentido, todo o debate que é proposto em torno da saúde passa a ser visto como parte integrante de um complexo sistema com múltiplos determinantes sociais que compreendem um conjunto de instituições organizadas, seja pela via da produção de mercadorias, seja pela via da produção de serviços de saúde (AROUCA, 1975). Quando há um alargamento do conceito “saúde” para além de estado de ausência de enfermidade, mas como resultado da confluência de distintas formas de organização social que ora privilegiam setores da sociedade, ora excluem outros.⁸

Visualiza-se com isso a possibilidade de se trilhar um novo paradigma democrático onde o processo de bem-estar social é compreendido por estes sujeitos como uma forma de reconhecimento de sua condição como agentes políticos para a mudança do processo social.

As reformas sanitárias quase sempre emergem em um contexto de democratização e estão associadas à emergência das classes populares como sujeitos políticos, geralmente em aliança com setores da classe média; determinação social da saúde direito à saúde; a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social do sistema de saúde. (FLEURY, p.748 2009).

Conforme assinala a autora, as reformas sanitárias são resultados de um forte embate ideológico entre o grupo que conduz o processo sociopolítico, associado a uma “coalizão” com outros grupos conservadores. Logo, é muito comum dentro deste processo democrático em que figuram nesse tipo de disputa diferentes atores de distintos setores da sociedade, que seja enfim viabilizada uma nova ação política resultante da adoção de novos direitos sociais para a assistência social.

⁸ BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Art. 3 - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Um dos méritos da reforma sanitária foi a percepção de uma série de disfunções no sistema de saúde anterior, com dupla porta de atendimento, para a adoção de um novo sistema que difundiu a universalidade das ações, favorecendo os grupos historicamente excluídos do acesso aos bens e serviços sociais. De modo que permitiu a construção de novos sujeitos sociais coletivos (movimentos sociais e sanitários) que juntos passaram a intervir diretamente sobre a mudança nas estruturas de formulação das políticas sociais.

Entretanto, o contexto sociopolítico dos anos de 1990, quando o SUS passou a vigorar de fato, favoreceu o projeto político neoliberal que iniciou o processo de descentralização da gestão pública num período de escassez de recursos para financiar as áreas sociais, sendo realocadas para o pagamento da dívida pública. Isto veio contribuir para mitigar os avanços da Constituição de 1988, quando houve uma aproximação na articulação entre o estado e a sociedade civil. Outro fator importante para atenuar os ganhos sociais obtidos com a aprovação do SUS tem sido os embates entre os atores políticos institucionais (gestores e técnicos em saúde), com a sociedade civil.

Alguns autores Bodstein, (2002); Cortês *et. al.*(2009); Lacerda *et. al.*, (2006), recentemente têm discutido o poder de indução desses agentes no processo de negociação e construção das demandas coletivas. Estes autores têm-se dedicado a investigar tanto a qualidade da participação civil nos fóruns e conselhos de saúde como também abordagens que partam da perspectiva do usuário em saúde, procurando identificar como esses indivíduos vocalizam suas demandas sociais nesses espaços de articulação, discussão e avaliação do sistema de saúde, de tal modo que a representação social em conselhos e fóruns gera conflitos entre a sociedade e os atores políticos, que nem sempre têm os mesmos interesses e por isso estão sempre em disputa por maior controle.

Portanto, um dos grandes desafios da reforma sanitária não está apenas na garantia do atendimento universalizado, mas na superação dos entraves promovidos pela administração burocrática que não percebe a dimensão social das demandas dos sujeitos coletivos. Propondo um novo olhar, onde o usuário é o foco da política de proteção social, permitindo a adoção de outra lógica que seja mais humanizada, eficiente e que tenha o cuidado como seu principal objetivo (*cf.* Teixeira *et. al.* 2009, Paim, 2008).

1.2 Aspectos sociopolíticos da adoção de um novo sistema de saúde

Com a reforma sanitária no Brasil no final dos anos de 1980 objetivou-se a ampliação dos espaços de participação da sociedade civil nos fóruns, conselhos e plenárias em saúde, visando com isso incorporar diferentes atores sociais e diferentes realidades na formulação das políticas públicas.

Podemos tomar como exemplo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de um intenso debate promovido entre sanitaristas, acadêmicos e representantes dos movimentos sociais, que se inicia nos anos de 1970, onde foram pleiteados, entre outras questões: a) a construção de uma nova política de proteção social que fosse mais universalizada, mais solidária; b) descentralizada em suas ações, de modo que viesse a favorecer os interesses da população, especialmente a população mais vulnerável. Significando um maior controle social para provisão de bens e serviços públicos.

A participação social é um princípio e diretriz fundamental do SUS, garantido pela Constituição e legislação complementar. O controle social, conforme descrito na Lei no 8.142/90, é realizado pela ação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde e, em conjunto com as múltiplas modalidades de processos compartilhados de decisão, qualifica e compõe a gestão participativa no SUS. (BRASIL, 2004).

Segundo Fontes (2004, p.128), este tipo de iniciativa, que ocorreu com a aprovação da Constituição em 1988, procurou promover a descentralização das políticas públicas, ao transferir mais responsabilidades para municípios, estados e União do mesmo modo como propiciou uma participação mais efetiva da sociedade civil nas plenárias e fóruns de discussão acerca das questões em saúde. Essas medidas tiveram como objetivo dinamizar as ações do Estado brasileiro na área social, bem como representaram uma nova perspectiva de controle social da população com as ações promovidas pela gestão pública.

Este novo formato de gestão pública transversal, flexível, procurou reunir em suas diretrizes o território, aqui compreendido como o espaço para promoção das sociabilidades primárias e secundárias dos indivíduos, onde são formadas as redes sociais entre usuários, famílias e entidades associativas, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos sociais e, conseqüentemente, para produção do capital social entre esses grupos sociais que lá atuam (MARTINS; FONTES, 2004).

Mais do que uma proposta de gestão pública, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS),⁹ nos anos de 1980, representou uma estratégia voltada para o desenvolvimento de uma política sanitária mais democrática, mais inclusiva, que propicia ao mesmo tempo um maior dinamismo no processo de gestão pública, ao transferir competências centralizadas na União para os gestores estaduais e municipais.

Em tese, significaria uma melhor aplicação dos investimentos públicos em saúde, pois repartiria as responsabilidades pela administração do sistema de saúde com todos os níveis de poder, assim como contaria com o controle social exercido pela população aos programas em saúde, via participação direta da população na seleção e no quadro de agentes comunitários em saúde (ACS)¹⁰, como também em conselhos civis em defesa da formulação e do acompanhamento de ações que promovessem a equidade, a igualdade e o cuidado às populações mais carentes.

Em linhas gerais, para uma melhor compreensão do complexo funcionamento desse sistema de saúde faz-se necessário identificar a distribuição das responsabilidades da cada ente da federação, que são as seguintes: a) para a esfera federal coube o planejamento estratégico, o repasse de recursos e a fiscalização das políticas sanitárias, além da promoção de ações integradas com os demais níveis da federação; b) para a esfera estadual coube o planejamento e a administração da rede secundária de saúde (Hospitais) em articulação com os níveis federal e municipal, neste caso, na integração com as políticas locais; c) para os municípios coube o papel de planejar e gerir a rede Plena da atenção básica,¹¹ num segundo momento, assumir a gestão plena do sistema de saúde, ao municipalizar a administração do sistema secundário (hospitais públicos).¹²

Vale salientar que, com a presença efetiva dos atores institucionais e da sociedade civil na formulação das políticas públicas, novos desafios surgiram para consolidar esse sistema de saúde. Pois, de um lado, existe a influência dos interesses privados que reivindicam mais recursos públicos – principalmente dos *lobbies* dos donos de hospitais, dos conselhos de

⁹ BRASIL (2005). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art.196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

¹⁰ Com a inclusão do processo seletivo para o ingresso dos ACS, em 2002, a partir da Lei nº. 10.507, ocorre uma importante mudança no perfil associativo destes agentes comunitários, pois se antes os ACS eram indicados pelas associações comunitárias, com a mudança passam a ter menos vínculos com essas entidades e, são selecionados por critérios técnicos, estabelecidos pela nova legislação. (cf.Dornelas, Pg. 03, 2007)

¹¹ A rede de atenção básica à saúde é composta de vários programas como: Saúde da Família (PSF), Agentes Comunitários em Saúde (PACS) e o Programa de Saúde Ambiental (PSA), além das policlínicas e postos de saúde.

¹² BRASIL (2009b). Ministério da Saúde. **Responsabilidades das Esferas Gestoras em Atenção Básica**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#historico> Acesso em: 12 de novembro de 2009.

medicina e da indústria farmacêutica – setores historicamente beneficiados com o financiamento público e interessados na manutenção do *status quo* administrativo para financiar a imensa rede de assistência privada. De outro lado, observamos o baixo poder de fiscalização dos municípios e conselhos diante da “indução” dos financiamentos federais na condução das políticas em saúde, visando promover novas formas de gestão e controle do planejamento da atenção básica. (BODSTEIN, 2002, p. 407).

Porém, passadas mais de duas décadas do SUS constitucional, pode-se afirmar que este sistema constitui-se ainda num diferencial para as demandas sociais, servindo de modelo inclusive para outras áreas, como a da segurança pública, que recentemente criou o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) nos moldes do SUS.¹³

Todavia, a partir da década de 1990 até os dias atuais, quando o SUS passou de fato a atuar em todo o território nacional, tem-se observado sérios problemas quanto à definição de uma linha de financiamento¹⁴ público que possibilite um melhor gerenciamento da proteção social, na medida em que, antes da reforma sanitária, o sistema de saúde brasileiro era financiado basicamente pelo Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) que correspondia a 80% dos recursos destinados à saúde.

Essas receitas eram oriundas do nível de contribuição de empregados e empregadores, e, conforme o desempenho da economia, essas contribuições poderiam oscilar entre aumento ou redução de recursos para saúde, criando um ambiente de instabilidade no planejamento das políticas sociais em saúde. De maneira que a criação do SUS possibilitou uma ampliação dos investimentos para a saúde, “mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, mas, com o passar dos anos, devido à grande quantidade de recursos que deveriam fazer face às demandas de universalização e atendimento médico, se tornaram insuficientes para o bom funcionamento da gestão em saúde.

Em 1997, como alternativa suplementar para o financiamento do SUS, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). A princípio, esta contribuição tinha um caráter “provisório”, como o próprio nome indica, mas com o passar

¹³ BRASIL (2009a) Ministério da Justiça. **Sistema Único de Segurança Pública (SUSP)**. O objetivo deste programa é desenvolver ações estratégicas que unifiquem as unidades da federação em torno de um sistema que apóie projetos estaduais e municipais que preconizem a redução dos índices de criminalidade. Esses projetos terão o apoio de um Fundo Nacional de Segurança Pública – FNSP, cujas diretrizes orientam a gestão eficiente e “a articulação das ações das instituições federais, estaduais e municipais no campo da segurança e da justiça criminal”.

¹⁴Segundo Mendes & Marques (2009) o financiamento do SUS foi influenciado pelo processo macroeconômico que dominou as décadas de 1990 e 2000, e conseqüentemente significou um entrave para a descentralização das políticas de proteção social nesse período.

dos anos foi sendo incorporada como parcela importante do orçamento da saúde. Com a indefinição dos gestores públicos em não destinarem uma linha de financiamento sólida para a proteção social e, por outro lado, a pressão dos *lobbies* dos setores privados (principalmente do setor industrial), em 2008, o Congresso Nacional cancelou essa taxaço.

Segundo Mendes & Marques (2009), as políticas macroeconômicas adotadas pelo governo brasileiro nesse período sacrificaram tanto o financiamento das políticas sociais, como também uma maior assistência a saúde da população. Em 2007, o governo brasileiro destinou 160 bilhões de dólares só com o pagamento da dívida pública, que segundo este autor, representou 3,3 vezes o orçamento do Ministério da Saúde nesse período.

Fica evidente, nessa relação, que a prioridade dada ao capital financeiro não só inviabiliza um crescimento econômico, como a garantia de um financiamento para as áreas sociais, principalmente da saúde pública brasileira. É da compreensão de que a dominação financeira no Brasil sustenta a permanência de uma política econômica que subordina o social no país. A adoção de políticas macroeconômicas restritivas, isto é, de cumprimento às metas de inflação e de ajuste das contas externas, exige sempre superávits primários fiscais altos e tentativas de redução dos gastos públicos sociais. (MENDES & MARQUES, 2009, p. 842).

Como podemos observar, o contexto econômico foi um entrave para as políticas públicas em saúde nos anos de 1990, visto que, com a adoção de políticas neoliberais, de redução dos investimentos públicos, privatizações e diminuição do papel do estado como principal agente do desenvolvimento social, a partir dos governos Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso (FHC) e em seguida, na manutenção dessas políticas no campo macroeconômico na gestão do presidente Luís Inácio Lula da Silva, fizeram com que não houvesse grandes incrementos dos financiamentos públicos no setor sanitário (MENDES & MARQUES, 2009).

Na Europa, a redução do financiamento público no setor sanitário, foi iniciado nos anos de 1970, com a crise no sistema de assistência hospitalar, quando houve uma significativa redução dos financiamentos públicos para este modelo de saúde, redirecionando investimentos para aplicação em políticas sociais voltadas a alocação de recursos aos projetos de saúde que incorporassem o território como elemento fundamental para atenção contra as endemias.

De acordo com a leitura das principais agências financiadoras internacionais,¹⁵ a grande maioria dos projetos oficiais no setor hospitalar era considerada “ineficaz”, pois designava mal seus recursos com ações que não produziam o benefício social desejado para os estratos sociais mais distantes da rede de proteção à sociedade. (SENNÁ, 2002).

¹⁵ Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Fundo Monetário Internacional (FMI).

Então, como alternativa de políticas públicas de planejamento na área da saúde, foram incentivadas concepções de programas que promovessem *equidade e justiça social* no atendimento aos mais pobres, buscando-se centralizar as atenções aos projetos, cujo enfoque fosse a “racionalização e restrição de recursos na esfera da saúde pública, com o intuito de promover a equidade e a justiça social no interior da política de saúde.” (SENNA, 2002, p.208).

Nesse sentido, o SUS ampliou o processo de descentralização das ações em saúde com a estratégia de atenção básica a partir de experiências como o Programa Saúde da Família (USF), estratégia considerada de baixa complexidade, visto que não necessitaria de grande quantidade de profissionais e recursos públicos para sua adoção, procurando com isso, unificar programas anteriores, em torno do PSF, como porta de entrada para os usuários da atenção básica à saúde.

Pode-se observar as perspectivas geradas pelos movimentos sociais e partidos políticos que viam na aprovação do SUS mais do que a transformação no campo do bem-estar: tratava-se de um projeto social com ambições de socializar a democracia estabelecendo uma solidariedade social via papel formador do estado para com a população, de modo que pudesse reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços sociais.

Conforme Paim (2008, p. 634), o processo de reforma sanitária brasileira ocorreu de forma parcial, onde diferentes “campos de força” manifestaram perspectivas próprias de regulamentação de um conjunto de propostas sociais para construção de políticas de saúde. Para tanto, este mesmo autor indica que este período deve ser avaliado a partir dos avanços e retrocessos em duas conjunturas distintas.

A primeira conjuntura refere-se ao período de redemocratização política, que abordamos no início desta seção, quando os movimentos sociais representados não só pelos sanitaristas, mas também por representantes da universidade, do movimento médico, avançam na construção de um projeto de amplitude social para o campo da saúde. A segunda conjuntura, da qual acabamos de abordar, compreende a adoção de políticas macroeconômicas, gerenciadas por atores institucionais (gestores e tecnocratas) que são empreendidas no início do funcionamento do SUS, gerando tensões entre essas diferentes expectativas, o que vem demonstrar a enorme distância entre o que se formulou enquanto projeto social e o que fora empreendido nesses últimos 20 anos de vigência do novo sistema de saúde.

No entanto, isto não significa que se possa afirmar que não houve avanços no campo social; muito pelo contrário, basta visualizarmos a grande rede de assistência social que o SUS possibilitou construir, coordenando, por exemplo, campanhas de vacinação, programas de transplantes de órgãos, mas também incentivou programas de atenção básica. Todas essas ações contribuíram para a redução dos indicadores de mortalidade infantil e promoveram o atendimento às epidemias que assolam as populações mais pobres. É praticamente impossível, nos dias atuais, discutirmos um modelo de gestão em saúde sem fazermos referência aos benefícios alcançados pelo SUS, bem como não podemos abordar a questão da atenção básica a saúde sem nos referirmos à centralidade dos ACS junto aos usuários do sistema de saúde. Especialmente porque esses profissionais têm um papel fundamental na aproximação das questões de saúde da comunidade para reorganização das estratégias de prevenção e promoção da saúde.

Ainda que o processo de transformação social na saúde esteja distante das demandas emergenciais da grande parcela da população, o SUS representa uma possibilidade de investigação enquanto política pública no Brasil, muito embora deva ser constantemente monitorado pela perspectiva dos atores sociais que são também autores do processo de promoção à saúde.

1.3 A atenção básica a partir de programas territorializados

O Programa Saúde da Família constitui-se numa estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e prevenção da saúde, tanto a nível individual quanto coletivo. Essa estratégia de “reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde” defendida pelo MS, inicia-se bem antes da criação do PSF. “A estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sendo que, em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários.” (BRASIL, 2005).

Na Europa, as concepções de reforma sanitária são iniciadas principalmente nos anos de 1970; segundo Bordogna,¹⁶ essas concepções tiveram como principais linhas de discussão o debate sobre a territorialização da atenção à saúde, como parte integrante da reestruturação

¹⁶ BORDOGNA, Maratognetti. **Salud y servicios territoriales**. In: DONATI, Pierpaolo. Manual de sociologia de la salud. Madrid, Ediciones Diaz de Santos, 1994.

do sistema de saúde, ao objetivar a presença de serviços de base local como um novo fator neste contexto político.

Segundo Bordogna (1994) esse novo contexto significou a redefinição do papel do Estado na função de agente transformador das ações em saúde, ao promover ao mesmo tempo intervenções assistenciais e sanitárias aos indivíduos no plano micro-territorial. Nesta nova configuração sanitária, o território tornou-se um elemento inovador dos serviços de saúde, figurando como alternativa ao fracasso das “políticas capitalistas” na esfera da saúde, que tinham no modelo *hospitalocêntrico* sua principal estratégia de cuidado às pessoas.

Este novo tipo de atuação dos agentes institucionais contribuiu bastante para se repensar os desenhos de intervenção na saúde e, por conseguinte, influenciaram no debate posterior promovido na esfera das conferências internacionais em saúde, que vão avaliar e orientar o novo papel do Estado diante dos serviços sanitários.

De acordo com Bordogna:

O Território é considerado como beneficiário de uma atividade completa e orgânica do serviço social (...) exigência de se construir um sistema de serviços sociais, mas isso requer um novo suporte entre os departamentos e territórios, de modo que surja claramente o critério de distribuição das funções e das tarefas entre os diferentes níveis de governo (Estado, Região e o ente local).¹⁷ (1994, p. 106).

Conforme podemos observar acima, os objetivos deste novo modelo de política sanitária territorial estão ancorados, de um lado, no fortalecimento do processo de reforma sanitária que prevê uma maior descentralização das políticas públicas; por outro lado, baseia-se nos princípios: “la prevención, la participación, la programación, el trabajo em equipo, la integración entre lo social y lo sanitario.” (BORDOGNA, 1994, p. 108).

Esses princípios são basilares para a compreensão de políticas de vigilância em saúde que foram adotadas como estratégias para a reorganização das ações em saúde, pois a estrutura montada pelo serviço de saúde possibilitou estabelecer relações flexíveis em rede com as diversas instituições que compõem o sistema de saúde, onde o componente território emerge como possibilidade de promover a construção de unidades de atendimento à saúde a partir de um modelo integrado (BORDOGNA, 2004 p.116).

De acordo com Campos (2003) este novo modelo integrado de agir em saúde não só aproximou setores que trabalhavam isoladamente, como também considerou o indivíduo e a

¹⁷El territorio es considerado como destinatario de una actividad completa y organica del servicio social(...) exigencia de construir el sistema del los servicios sociales, Pero ello requiere un nuevo soporte entre servicios y territorio, Del que surja claramente el criterio de distribución de las funciones y de las tareas entre los distintos niveles de gobierno (Estado, Región, ente local).

comunidade como sujeitos do processo de integralidade das ações em saúde, ao incorporar os determinantes sociais, ambientais e epidemiológicos envolvidos na prevenção aos problemas sanitários.

Nesse sentido, Campos afirma que:

O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Assim consegue-se definir problemas, e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica. O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc.(CAMPOS, 2003, p. 578).

A novidade desta reforma está também na defesa do aspecto da complementaridade na saúde, ressaltando que a atenção ao indivíduo não deve ser desvinculada do seu ambiente social, assim como as doenças passam a ser analisadas num contexto territorial heterogêneo, no qual as definições dos serviços que serão prestados no território integram uma rede de proteção em conjunto com a comunidade no planejamento da política em saúde.

Essas mudanças só foram possíveis segundo Nunes (2007, p. 222) porque houve um desenvolvimento nas discussões sobre as questões sanitárias no Brasil nos anos de 1970, como resultado da inviabilização do modelo de saúde vigente,¹⁸ que, de acordo com este autor, era individualizado, restrito apenas as pessoas que contribuíssem com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Os indigentes ou as pessoas que não contribuían com a previdência social eram atendidos pelos hospitais particulares e fundações filantrópicas, não dando a atenção necessária à saúde comunitária. Outro fator significativo para que houvesse esse período de mudanças no sistema de saúde brasileiro foi o descontentamento da população com o regime militar, quando a partir do ano de 1974, a população começa a dar sinais de insatisfação com a administração federal ao apoiar maciçamente, nas urnas, os partidos de oposição a este regime. (NUNES, 2007).

No ano seguinte, como resultado das discussões nos fóruns de saúde, é criada a lei que regulamenta o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). De acordo com Nunes (2007), esse contexto foi favorável para “politização da saúde” e, com isso, possibilitou um diálogo mais efetivo entre a sociedade civil e os atores institucionais.

¹⁸. Com o aprofundamento da crise econômica mundial nos anos de 1970 e a transição política no Brasil (1974/1984), esse modelo passou a ser questionado.

No âmbito internacional, foram realizadas diversas conferências sobre cuidados primários de saúde, em especial destacamos a Declaração de Alma-Ata (1978),¹⁹ que previa a meta de “Saúde para todos no ano 2000”. Muito embora essa meta não tenha sido alcançada, os ideais propostos por este encontro foram e são fundamentais até hoje para compreender a saúde enquanto:

Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (OMS, 1948).²⁰

Em novembro de 1986, foi realizada na cidade de Ottawa (CO), no Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Nesta conferência, foram avaliados os avanços obtidos pela declaração de Alma-Ata (DAA) que ocorreu em 1978, bem como os novos desafios para a gestão das políticas públicas em saúde, sobretudo nos países industrializados e em industrialização. Vejamos no quadro abaixo um comparativo entre essas duas conferências:

Quadro 1. Diferenças fundamentais entre Declaração de Alma-Ata (DAA) e Carta de Ottawa (CO).

Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários - Declaração de Alma-Ata (DAA)	1ª Conferência internacional sobre Promoção da Saúde - Carta de Ottawa (CO)
Visou as desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e, entre regiões desfavorecidas	Visou principalmente os países industrializados
Procurou responder às necessidades e problemas de saúde mais prevalentes: doenças infecto-contagiosas (endêmicas); desnutrição/fome; mortalidade materno-infantil.	Procurou corresponder às "expectativas" de pleno bem-estar - global, holístico, mediante o controle de fatores determinantes. Mais sofisticação, exigência e complexidade ("sociedades mais complexas e interdependentes")
Ao setor da saúde compete, principalmente, a prestação de cuidados primários (prevenção, cura, reabilitação), intervenção na comunidade e educação para a saúde (para prevenção e controle de problemas de saúde mais prevalentes)	O setor da saúde deverá sofrer reorientação: além da prestação de cuidados, salienta-se a promoção da saúde (além da investigação, educação e formação)

¹⁹ Esta conferência foi realizada no Cazaquistão na antiga URSS e, significou um novo paradigma ao propor o cuidado com a atenção primária à saúde, sendo vista como referência obrigatória no processo de redefinição das políticas públicas de atenção básica.

²⁰ A Organização Mundial da Saúde (OMS), organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas.

<p>O elemento-chave são:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Assistência continuada – Acesso universal – Proteção das comunidades (fonte de "autoconfiança") – Proximidade aos locais onde vivem e trabalham – Refletem as condições do país 	<p>O elemento-chave são as políticas saudáveis, que permitem:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Capacitação, "empowerment" de indivíduos/grupos – Emancipação e responsabilidade dos cidadãos de todos os setores e em todos os contextos ("saúde criada e vivida em todos os contextos da vida: onde se aprende se trabalha se brinca se ama")
--	--

Fonte: Meireles, (2004)

De acordo com o quadro acima, verifica-se que na declaração de Alma-Ata houve uma forte preocupação em orientar os países desenvolvidos e em desenvolvimento para a necessidade de se construir políticas de atenção primária à saúde como alternativa de “acesso universal” à prestação dos serviços nessa área. Por sua vez, na carta de Ottawa (1986) houve um indicativo no sentido de dar continuidade a essa ação, somando-se os esforços para fortalecer a Promoção de Saúde, como: “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” (*Idem*, 2004).

No caso da reforma sanitária brasileira, observou-se, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS),²¹ no ano de 1988, a necessidade de se incorporar uma prática em saúde voltada a promoção do bem-estar, ao prever a participação efetiva dos movimentos sociais nos conselhos, nas plenárias e nas conferências de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) teve um papel decisivo para a definição das diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi a partir dos debates promovidos entre os representantes da sociedade civil, técnicos, partidos políticos e representantes do governo, que foram definidas os três principais pontos do encontro: "Saúde como dever do Estado e direito do cidadão", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" e "Financiamento setorial".

Esse último ponto, relativo ao financiamento do sistema de saúde, ressaltou a preocupação dos movimentos sociais em incorporar as diferentes realidades na destinação de receitas, constituindo-se num elemento significativo para as demandas em saúde, pela possibilidade de destinação *per capita* de recursos públicos aos municípios, através do Piso de

²¹ BRASIL (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art.196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Atenção Básica (PAB), permitindo aos gestores locais uma maior quantidade de receitas para gerir a atenção básica do novo sistema de saúde (BODSTEIN, 2002).

1.4 Participação social: o exemplo do PSF

O Programa Saúde da Família (PSF), juntamente com os programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde Ambiental (PSA) são experiências de programas de saúde, cuja participação comunitária ocorre tanto no planejamento das ações no plano micro-territorial, na definição das famílias atendidas pelo programa, como na seleção e no treinamento de pessoas da comunidade que atuam enquanto agentes de saúde.²²

Esses programas de atenção à saúde pós-reforma sanitária ganham dimensão nacional a partir dos anos de 1990 ao procurarem desenvolver práticas em saúde coletiva que vão de encontro ao modelo adotado pela clínica médica, na medida em que a perspectiva *biomédica* ancorada em padrões curativos – com altos custos de atendimento e internação hospitalar – não contempla a dimensão territorial em sua *práxis*, ao contrário dos programas de atenção básica à saúde que visam contribuir para construção de práticas de sociabilidade como forma de enfrentamento dos determinantes sociais do processo de adoecimento desses indivíduos.

Desse modo, os programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS), dentre eles o PSF, emergem como alternativa de reorganização da atenção primária onde o ambiente social (indivíduo e sua coletividade) é incorporado como fator preponderante para a atenção à saúde, ao priorizar ações que visem promoção, prevenção e cuidado dos indivíduos e de sua família, para além do atendimento domiciliar.

Um fator significativo para o surgimento de programas como o PSF pode mais uma vez ser atribuído à participação dos movimentos sanitaristas, compostos em sua maioria por: a) profissionais da área da saúde; b) representantes das comunidades; c) especialistas no campo da saúde coletiva e da medicina social (NUNES, 2007). Cujo papel foi decisivo para a

²² MARTINS, Paulo Henrique N. de Albuquerque; FONTES, Breno Augusto Souto Maior; MATOS, Aécio Marcos Gomes; FONTE, Eliane Maria Monteiro; SILVEIRA, P. H. M.; BARBOSA DE LIMA, Jorge Alexandro, LIMA, Rogério Alves (et al). (2007). **Redes Sociais e Saúde** Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; Home Page: www.nucleodecidadania.org; Finalidade: **Relatório final de pesquisa submetido ao Ministério da Saúde/CNPq**; Disponibilidade: Irrestrita; Duração do evento: 24; Nº páginas: 234; Cidade: Recife; Inst. Promotora / financiadora: Ministério da Saúde/CNPq.

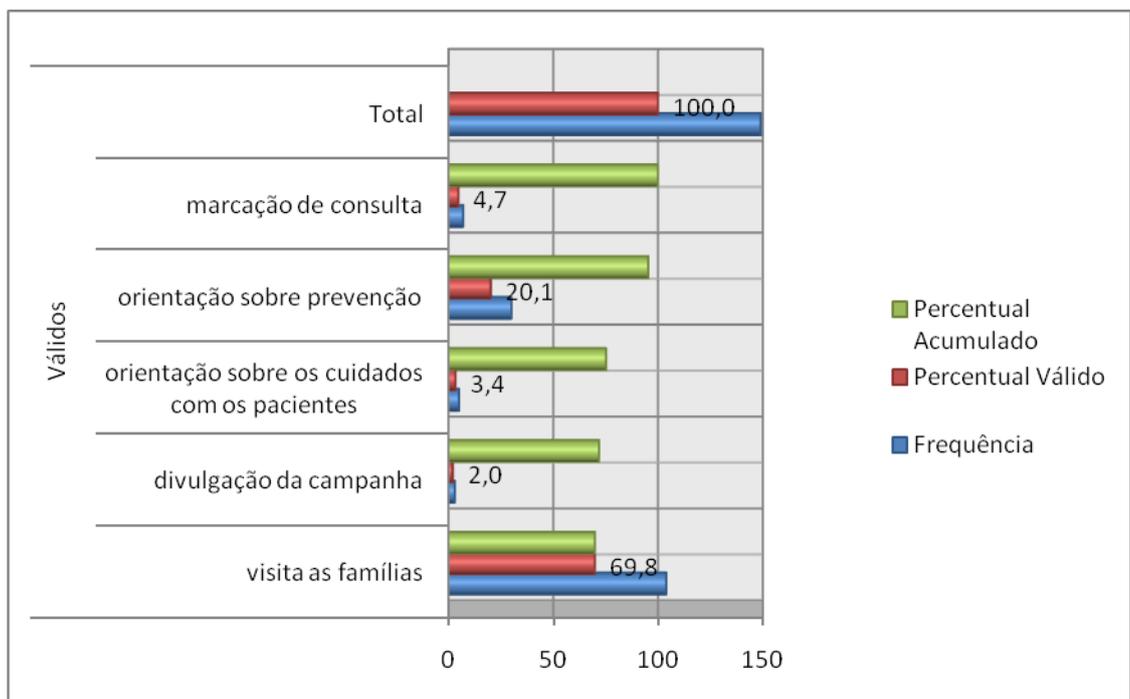
ampliação do direito da população ao acesso à saúde *pari passu* com as lutas sociais pela restauração da democracia e do estado de direito no Brasil.

As principais ações do Programa de Saúde da Família baseiam-se no trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), indivíduos pertencentes à própria comunidade e que já desenvolveram alguma atividade relacionada às práticas associativas. Os ACS atuam na orientação, prevenção e nos cuidados às famílias em situação de risco, procurando aconselhar os usuários do sistema de saúde contra os agravos, através da divulgação de campanhas de esclarecimento e a formação de grupos e oficinas nas Unidades de Saúde da Família (USF) conforme demonstra o parágrafo único da lei nº. 10.507 de 2002.

Art. 2º: A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Cabe às equipes de saúde da família o desenvolvimento de atividades em conjunto com as entidades que compõem o modo organizativo da comunidade, bem como fazer o cadastramento das famílias em programas sociais e nas USF.

Gráfico 1 - Atividade mais importante voltada à prevenção e combate as doenças



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Todavia, nos últimos anos, com a mudança no processo de seleção dos ACS tem-se observado uma modificação no perfil destas, visto que o processo de seleção tem adotado critérios técnicos, como a seleção pública, via edital aberto, onde os vínculos sociais resultantes de práticas associativas ou comportamentos mais voltados à participação política perdem espaço para um perfil mais prático, voltado ao trabalho ambulatorial e a marcação de consultas que ocorre enquanto desvio das atividades previstas na programação dos ACS (vide gráfico) nas unidades de saúde (DORNELAS, 2007; GOMES; PINHEIRO, 2005).

Desde o início de sua implementação, o Programa Saúde da Família procurou atuar junto às comunidades mais pobres, seguindo os critérios estabelecidos pelo *Mapa da fome*, desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (BRASIL, 2003), no início dos anos de 1990. As ações que foram priorizadas recaíram sobre as áreas de risco, assim como incorporou os seguintes objetivos: a) o ajustamento dos repasses de recursos financeiros da União para com os estados e municípios; b) uma gestão descentralizada da saúde, considerando a participação da sociedade civil representada pelos conselhos e fóruns municipais e estaduais; c) a preocupação em incorporar de forma mais ampla a realidade sócio-cultural dos indivíduos; d) uma proposta que se contrapõe ao modelo médico-hospitalar (SENNA, 2002).

Segundo esses critérios, Senna (2002) chama a atenção para o debate em torno do contexto socioeconômico de “crise e racionalização dos investimentos em saúde” na década de 1990, quando o PSF é criado. De acordo com essa autora, a implementação do PSF suscitou um grande debate entre duas perspectivas antagônicas em relação à adoção de uma política de atenção primária. A primeira perspectiva afirma que “(...) a priorização das ações de prevenção e promoção da saúde, baseadas em baixa incorporação tecnológica (Misoczky, 1994; Paim, 1996) tendem a identificá-lo como uma simplificação da atenção à saúde, um sistema de saúde pobre para os pobres.” (2002, p. 204).

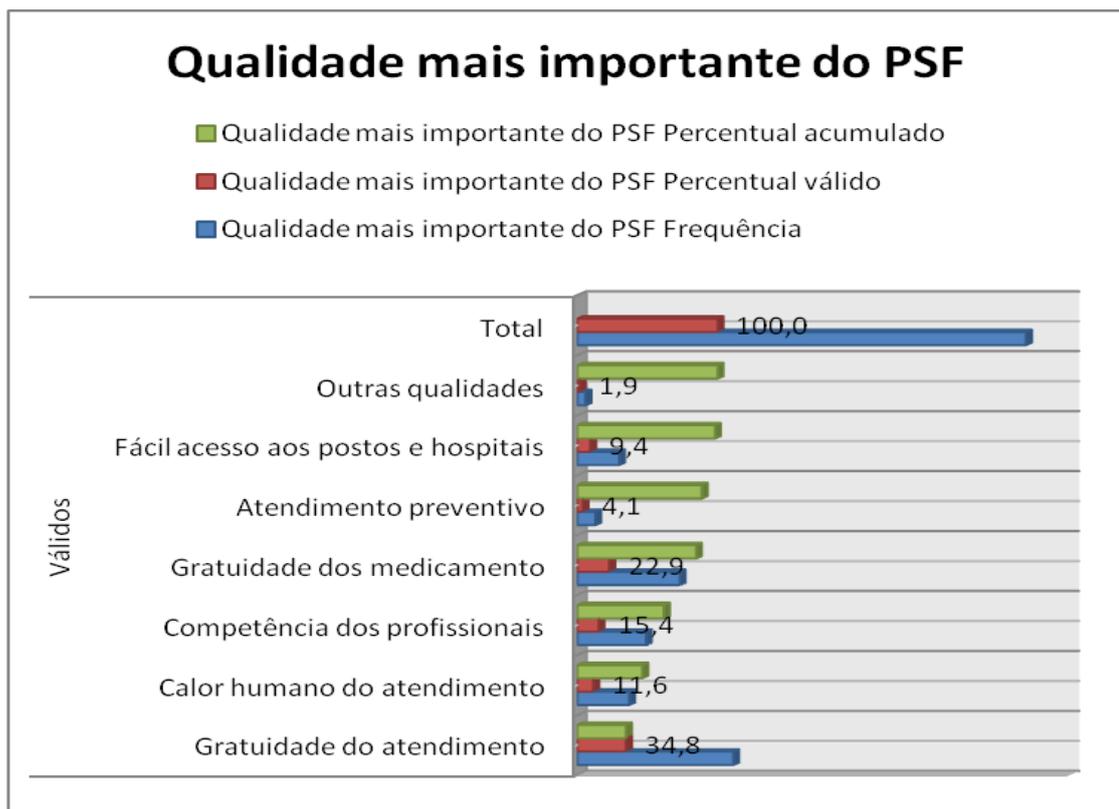
Uma segunda linha defendida por gestores do MS e grupos ligados aos movimentos sanitários sinaliza que o PSF é uma estratégia que reorganiza o Sistema Único de Saúde (SUS) e unifica as ações de atenção primária, atuando como *porta de entrada* para o sistema de saúde ao focar o fortalecimento dos grupos menos organizados da sociedade brasileira.

No entanto, verificou-se com a aplicação dos questionários com as famílias usuárias do serviço de saúde (vide gráfico 2), que a principal qualidade do PSF para esses usuários não está ancorada numa ação de reorganização das práticas em saúde, entre os grupos sociais

menos organizados via cuidado preventivo, como prevê o MS, mas na possibilidade de acesso mais “rápido” ao sistema de saúde.

Essa percepção das famílias usuárias do serviço de saúde tem influenciado a “qualidade no atendimento do PSF”, pois diante de um contexto social que requer uma crescente demanda por atendimento preventivo, a opinião dos usuários sobre a indicação da “gratuidade do serviço” e, “gratuidade dos medicamentos”, respectivamente com (34,8%) e (22,9%) das respostas, revelou-se como as principais qualidades do PSF para os membros das famílias entrevistadas. Seguidos de “calor humano no atendimento” e “competência dos profissionais” com percentuais de (11,6%) e (15,4%) respectivamente, enquanto o atendimento preventivo é a principal qualidade para apenas (4,1%) das famílias entrevistadas no distrito sanitário IV na cidade do Recife, conforme é demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 2 - Qualidade mais importante do PSF para os usuários



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Independente da avaliação dos usuários quanto às principais qualidades do PSF no distrito sanitário IV, pode-se afirmar que este programa teve como modelos experiências que primavam pela promoção da saúde dos indivíduos quanto ao cuidado de si. Dentre as diversas

experiências de programas sociais que a literatura sobre a atenção básica indica,²³ destacam-se as ações coordenadas pela Pastoral da Criança e pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991, que antecederam a criação do PSF.

Podemos também citar as ações nos estados do Ceará, Pernambuco, Maranhão e Goiás, que atuavam isoladamente, mas, na medida em que o trabalho das agentes comunitárias ganhava notoriedade nacional,²⁴ ao contribuir para a melhoria nas condições de vida junto às “famílias-problema”, despertou o interesse dos gestores públicos, que por sua vez procuraram centralizar os esforços da atenção básica em torno de um programa de saúde que pudesse “reunir” essas experiências e cuja participação comunitária fosse um fator primordial para o bom andamento das ações sócio-educativas dos grupos sociais. (SCOTT, 2008).

Esta participação está prevista tanto no planejamento das ações no plano micro-territorial, como também na definição das famílias atendidas pelo programa, de modo que o processo de seleção e treinamento desses agentes privilegia pessoas que tenham experiência na atuação junto a programas em saúde, como também na comunidade, enquanto agentes de saúde. (FONTES, 2007).

²³ COHN, Amélia (et al). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Mangueiras, Rio de Janeiro: Vozes, 1981. No início do século passado, foram formados os primeiros centros comunitários de saúde, que iniciaram sua atuação na região norte do país, em seguida passaram a atuar na região nordeste. Há referências da figura da “visitante”, ou seja, uma espécie de agente comunitária em saúde que difundia as ações de combate as principais endemias nas áreas mais pobres.

²⁴ Scott (2008) cita a participação efetiva dos agentes de saúde na orientação e no acompanhamento aos grupos materno-infantil, principalmente nos estados do Nordeste. Este autor aponta que, em 1993, os ACS tiveram um papel de destaque nas campanhas de prevenção ao cólera. O que chamou a atenção dos gestores do MS, quanto à ênfase nas ações de prevenção e promoção grupos sociais com os piores indicadores de desenvolvimento humano (IDH).

CAPÍTULO II- A atuação do ACS na comunidade

2.1 Situando a pesquisa Historicamente

Na primeira parte deste trabalho, procuramos abordar os aspectos teórico- conceituais que nortearam o debate sobre a reforma sanitária brasileira e o seu dilema para adoção de um novo sistema nacional de saúde que tivesse no envolvimento dos diversos setores da sociedade o seu eixo principal para a reorganização das questões sanitárias. De modo que enfatizamos as novas estratégias de políticas públicas em saúde que tivessem no território, a exemplo do PSF, sua principal característica de atuação junto às populações mais vulneráveis.

Neste segundo capítulo apresentaremos um breve histórico do modo como foram levantados os dados desta pesquisa; em seguida apresentaremos o levantamento socioeconômico das entrevistadas e os indicadores sociais que compõem o perfil administrativo dessa região. No tópico que trata das USF e do território, discutiremos como estão organizadas as atividades nestas unidades, ao contextualizarmos essas ações com a atividade de trabalho de cada um dos profissionais que atua no PSF. Ao final do capítulo, procuraremos discutir a trajetória dos ACS junto à população, concluindo com o debate acerca do hibridismo entre a atuação dos ACS enquanto educadores sociais ou marcadores de consultas.

Esta dissertação é resultado de um estudo empírico em 16 unidades do Programa Saúde da Família do Distrito Sanitário IV da cidade do Recife, a partir dos dados coletados e produzidos pela pesquisa Redes Sociais e Saúde (MARTINS, *et. al.*, 2007) nesta cidade. Esta pesquisa teve como objetivo a reconstrução das redes sociais a partir das práticas em saúde dos ACS, das famílias assistidas pelo serviço (tanto do lado do PSF como do lado do CAPS), bem como procurou compreender a organização das atividades em saúde, ao entrevistar técnicos e gestores dos dois programas em quatro cidades. Sendo, duas cidades no nordeste brasileiro (Recife-PE e Fortaleza-CE), uma no sudeste (Campinas-SP), e outra no sul (Porto Alegre-RS).

Durante este estudo, procuramos trabalhar com os dados coletados pela referida pesquisa a partir das entrevistas e questionários aplicados entre ACS, técnicos (médicos e enfermeiras) e gestores do Programa Saúde da Família (PSF), como também com os usuários atendidos por este serviço. Este estudo considerou o universo das famílias cadastradas pelos

ACS do distrito sanitário IV, a partir de uma amostra aleatória construída para um total de 26.000 famílias e 168 ACS,²⁵ em que foram aplicados 152 questionários com os ACS.²⁶

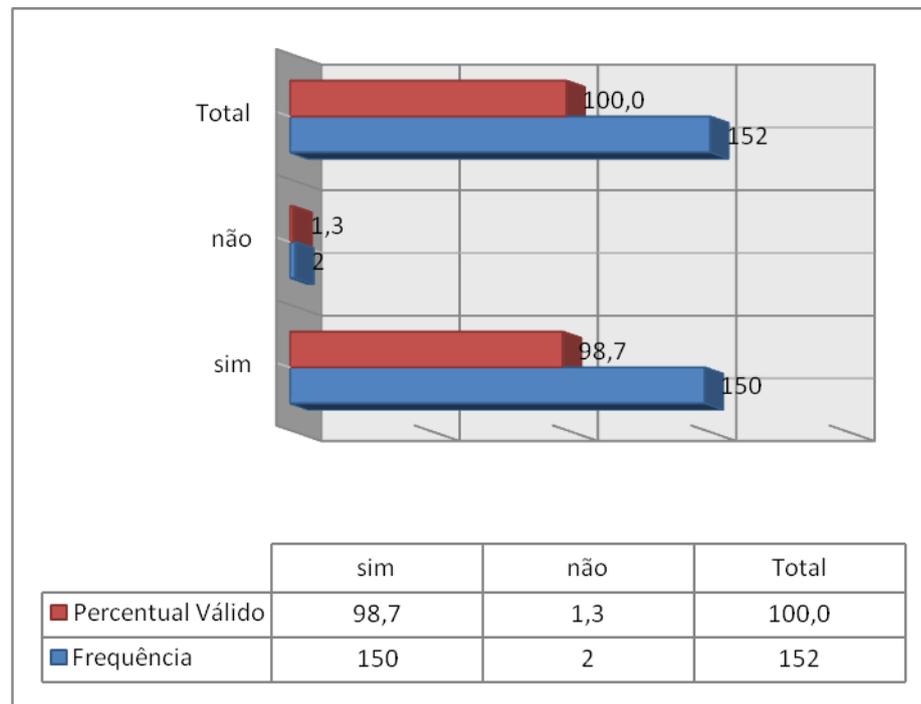
Observou-se a partir do levantamento do perfil socioeconômico dos ACS, que a grande maioria dos entrevistados é do sexo feminino 94%, enquanto que apenas 6% são do sexo masculino. Dentre elas, 40% têm entre 20 a 30 anos de idade, enquanto 27% têm entre 31 a 40 anos e, 33% têm mais de 40 anos de idade. Com relação ao nível educacional dos ACS, 70% têm o ensino médio e as demais 30% estão divididas entre aquelas que não completaram o ensino médio e as que cursaram o ensino fundamental.

Os ACS informaram que 58% são casadas ou vivem maritalmente com seus companheiros, assim como 30% das entrevistadas informaram estar solteiras, enquanto 9% estão separadas e 3% são viúvas. A religião predominante é a católica, com 58% das respostas. No entanto, dentre os ACS que se disseram católicos 35%, informaram que não eram praticantes. Entre aquelas que se disseram evangélicas, o percentual foi de aproximadamente 22% das respostas, as protestantes (batistas e luteranos) com 7% e as espíritas com aproximadamente 6%. As demais 7% informaram ser praticantes das religiões afro-brasileiras (Candomblé e Umbanda). No período em que foi realizada a pesquisa de campo (2006) a renda média dos ACS girava em torno de R\$ 361,00.

Além do perfil socioeconômico dos ACS, os questionários aplicados (vide anexos) também procuraram identificar se os ACS já tinham participado de alguma atividade em conjunto com a comunidade no campo da prevenção das doenças, como podemos observar a partir da disposição do gráfico abaixo que demonstra a opinião dos ACS entrevistados na cidade do Recife.

²⁵ RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Relação de profissionais das unidades de saúde do distrito Sanitário IV.

²⁶ Com relação aos questionários, foi levantada uma lista de ACS e famílias do distrito sanitário IV, composta por 16 Unidades de Saúde da Família conforme pode ser observado nos anexos deste trabalho.

Gráfico 3- Participou com a comunidade de campanhas de prevenção às doenças²⁷

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Como pode ser observado, praticamente todos os ACS (98,7%) informaram que já tinham desenvolvido algum tipo de trabalho voltado para as questões de cuidados de promoção da saúde como sugere o modelo de atenção primária à saúde. As demais questões referentes ao nível de confiança dos ACS nas instituições, na participação associativa, além de questões as redes sociais, pretende-se abordar na última parte deste trabalho.

Nessa pesquisa foram realizadas 60 entrevistas com ACS (23), usuários (22), técnicos(12) e gestores em saúde (03) no distrito sanitário IV do município do Recife, com a utilização de roteiros semi-dirigidos e abertos, de modo que procurou-se investigar: a) Avaliação do Sistema de Saúde; b) Avaliação do PSF; c) O cotidiano das ações de atenção básica a partir do PSF; d) A prática em saúde dos usuários e da equipe médica; e) Questões relativas às rotinas de trabalho dos profissionais; e) A participação da comunidade nas questões voltadas à saúde, e f) Questões sobre a participação associativa nas ações em saúde.

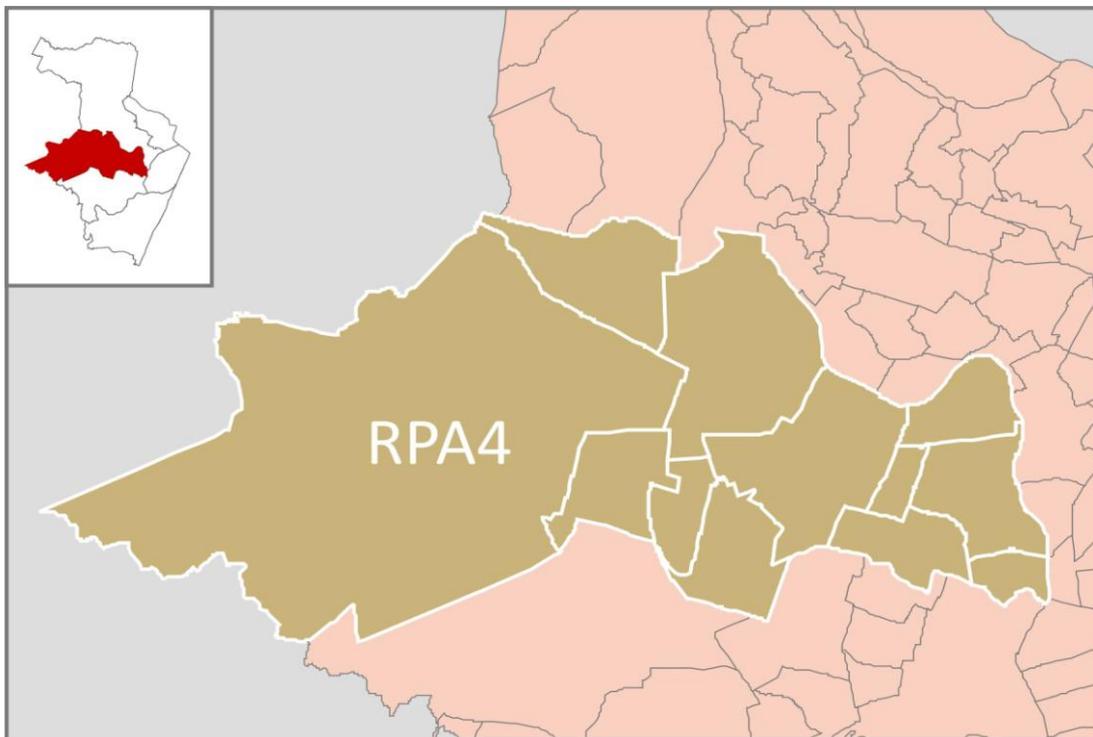
Com base nas informações coletadas, analisamos o tipo de vínculo social que é constituído a partir da relação entre os ACS e as associações que atuam na comunidade, como possibilidade de avaliar e monitorar uma política de atenção básica junto às famílias.

²⁷ Participação em campanhas de vacinação, em campanhas educativas sobre a prevenção das doenças sexualmente transmitidas (DST's), assim como em campanhas educativas sobre temas ligados a saúde em geral.

2.2 Perfil do Território

A pesquisa nas unidades do Programa Saúde da Família (PSF) situou-se na zona oeste da cidade do Recife, no distrito sanitário IV, localizado na Região Político-Administrativa (RPA 4). Procuramos nessa seção apresentar alguns indicadores sociais que compõem o perfil administrativo dessa região, iniciando com a apresentação do mapa da localização do distrito IV, logo abaixo:

Figura 1- Mapa da Localização do Distrito Sanitário IV



Fonte: Edição do mapa da RPA4 junto ao ATLAS do Recife (2005)

A RPA 4 é composta pelos seguintes bairros: Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre e Zumbi, Engenho do Meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária, Várzea. Nestes bairros, estão localizadas as 16 unidades do PSF, onde foi realizada a pesquisa (RECIFE, 2005).

De acordo com os dados produzidos pelo Atlas do Desenvolvimento Econômico da cidade Recife (2005), a área da RPA 4 é de aproximadamente 42 km², com uma densidade

demográfica de 6.0 habitantes por km². A população da RPA 4 apresenta os seguintes números:

Tabela 1- População do Distrito Sanitário IV

População em Domicílios (2000)		
	População	Domicílios
Total	253.015	67.486
Morando em ZEIS ²⁸ e outras áreas pobres (AP)	123.595	31.693
Percentual morando em ZEIS e outras áreas pobres	48,85%	46,96%

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano do Recife (2005)

O perfil político-administrativo dessa região indica a distribuição da população por faixa etária, da seguinte forma:

Tabela 2- Distribuição da População segundo a Estrutura Etária

População e Estrutura Etária		
	1991	2000
População Total	222.936	253.015
Menos de 15 anos	70.092	66.420
15 a 64 anos	141.950	171.741
65 anos e mais	10.894	14.854
Razão de Dependência ²⁹	57,1%	47,3%

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano do Recife (2005)

No comparativo entre os censos de 1991-2000 a população da RPA 4 teve um crescimento anual de (1,43%), passando de 222.936 em 1991 para 253.015 em 2000. No ano de 2000, a população dessa RPA 4 representava (17,78%) da população do município de Recife (*Idem*, 2005).

No período que compreendeu os anos de 1991-2000, a RPA 4 apresentou os seguintes indicadores de renda, pobreza e desigualdade social, como podemos observar abaixo:

Tabela 3- Indicadores de desigualdade Social

Renda, Pobreza e Desigualdade		
Indicador	1991	2000
Renda per capita Média (R\$ de 2000)	306,3	380,5

²⁸ Comunidades situadas em Zonas Especiais de Interesse Social.

²⁹ A Razão de dependência é calculada a partir da faixa etária da população definida como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), da população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Proporção de Pobres (%)	33,0	28,6
Índice de Gini	0,63	0,63

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano do Recife (2005)

Esses indicadores apontam para um aumento na renda média da população de (24,22%) no período de 1991-2000, entretanto, a pobreza, que foi aferida a partir das pessoas que tinham uma renda inferior a R\$ 75,00 (números de 2000) teve uma redução de apenas (13,25%), saindo de (33%) de pobres para (28,6%). Todavia, o índice de desigualdade social medido pelo coeficiente de Gini³⁰, não apresentou alteração, mantendo-se em 0,63 no ano de 2000.

Tabela 4- Indicadores de Saúde do distrito IV

Indicadores de Longevidade, Mortalidade e Fecundidade		
Indicador	1991	2000
Mortalidade até 1 ano de idade (por 1000 nascidos vivos)	39,2	28,4
Mortalidade até 5 anos de idade (por 1000 nascidos vivos)	57,6	45,3
Esperança de vida ao nascer (anos)	66,6	69,3
Taxa de Fecundidade Total (filhos por mulher)	2,2	1,8

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano do Recife (2005)

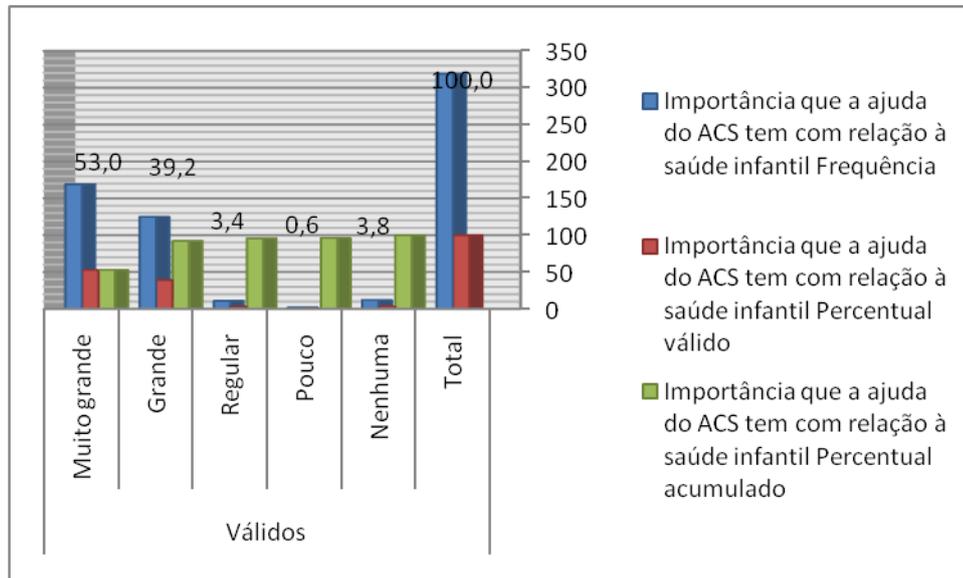
Podemos verificar conforme a tabela 4 que houve uma redução nas taxas de mortalidade até 5 anos de idade, nos indicadores de fecundidade (números de filhos por mulher) no distrito sanitário IV, bem como um ligeiro aumento na esperança de vida da população, ao observarmos um crescimento de 2,76 anos, ao passar de 66,57 anos em 2001 para 69,33 anos em 2000.

Vale ressaltar que na taxa de mortalidade infantil até um 1 ano de idade, houve uma redução de 39,22 mortes em 1991 (por mil nascidos vivos), para 28,44 mortes no ano de 2000. O que significa uma importante diminuição dessa taxa, ainda que seja muito alta para os padrões admissíveis.³¹ Pode-se atribuir a esse resultado o desenvolvimento das políticas públicas na área da atenção básica às famílias, via atuação dos ACS, que fazem o acompanhamento das mães durante todo o processo de gestação. Pode ser constatado a partir da avaliação que as famílias usuárias do serviço de saúde na cidade do Recife fazem sobre a importância dos ACS para a saúde infantil.

³⁰ MEDINA, Fernando. (2001). **Consideraciones sobre el índice de Gini para medir la concentración del ingreso**. CEPAL, Santiago de Chile. O coeficiente de Gini é uma medida estatística desenvolvida por Corrado Gini, para aferir as desigualdades sociais. Este coeficiente varia entre 0 e 1, onde 0 corresponde ao maior nível de igualdade, enquanto que 1 corresponde ao maior nível de desigualdade social.

³¹ BRASIL. IBGE (2001). A taxa de mortalidade infantil até 1 ano de idade na América do Norte é de 7 mortes por 1000 crianças nascidas vivas, assim como no continente Europeu é de 9 mortes (por 1000 crianças nascidas vivas). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>

Gráfico 4 - Importância que a ajuda do ACS tem com relação à saúde infantil



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

2.3 As Unidades de Saúde da Família (USF) e o território

Um dos grandes desafios do sistema de público saúde é fornecer à população políticas sociais que melhorem as condições de vida através de iniciativas que se adaptem a organização social das pessoas. Uma das chaves para a adoção desse tipo de estratégia pode ser percebido a partir dos incentivos provenientes de políticas territorializadas, que procuram justamente enfatizar as especificidades locais, ao definir formas de atuação que priorizem áreas definidas por critérios político-administrativas, a partir da divisão das comunidades em microáreas, que venham assegurar uma maior possibilidade de intervenção espacial e um melhor planejamento social das ações sanitárias. Além disto, verifica-se um incentivo dos atores institucionais à auto-responsabilidade e à participação comunitária no desenvolvimento desses programas, como contributo para o bom andamento das políticas de atenção básica à saúde.

As unidades locais de saúde representam uma experiência exitosa de atenção básica, onde os grupos sociais (comunidade, associações) historicamente excluídos a priori do processo decisório participam *in loco* das ações de prevenção à saúde, refletindo na redução de agravos a população. De acordo com Elster *apud* Senna (2002, p.209) esse tipo de ação pode ser compreendido como uma forma de *discriminação positiva*, na medida em que nestas

unidades admite-se a desigualdade e a complexidade das inter-relações entre os sujeitos sociais envolvidos neste processo de promoção da saúde, possibilitando tanto a tomada de decisão dentro de uma estrutura sanitária, como também propicia o controle social da gestão pelos indivíduos/grupos sociais em programas de proteção social.

O desenho do sistema de saúde brasileiro sempre foi historicamente desigual em seu acesso, em seus espaços de representação dos interesses coletivos, apresentando vários entraves ao longo da execução das políticas públicas, ao privilegiar interesses patrimoniais e corporativos atrelados às demandas de hospitais, clínicas e centros de atendimento aos usuários, em detrimento das dimensões de cuidado que incorporassem as realidades sociais e político-organizacionais das coletividades mais pobres e menos organizadas de nossa população.

Neste sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) inovou ao apresentar uma proposta de política de proteção social que buscou adotar os conceitos de universalidade, equidade, integralidade e descentralização das políticas públicas locais, minimizando na base do sistema o distanciamento entre a consecução dos projetos nacionais e a consolidação das experiências de base territorial.

Nessa perspectiva, as Unidades de Saúde da Família (USF) compõem o primeiro nível de atenção para a atuação do sistema local de assistência, denominado de atenção básica. Estas USF devem estar vinculadas a uma rede de ações e serviços sanitários, cuja função é garantir a integralidade no cuidado aos indivíduos e famílias, assegurando a referência e a contra-referência no atendimento e no encaminhamento aos serviços clínicos de maior complexidade.

Essas unidades atuam num “território de abrangência determinado, onde são responsáveis pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.” (BRASIL, 2005). No entanto, com base no relato abaixo de um dos gestores municipais do programa Saúde da Família na cidade do Recife, podemos perceber que, na atenção primária, dificilmente a rede de serviços sanitários garante o acompanhamento das ações de referência e contra-referência aos usuários do sistema de saúde, como informa um dos gestores do PSF na cidade do Recife:

Para mim a referência e a contra-referência é o grande nó, porque a atenção básica dá conta do que tem que dar, mas tem a falta de medicamentos, um número grande de famílias. A atenção básica

atende e encaminha, quando há uma necessidade de encaminhar, para uma unidade de referência (...). Encaminha para o Lessa de Andrade e chega no Lessa a dificuldade de atender é difícil. Você passa um mês ou seis meses dependendo da referência. E caso seja necessário uma cirurgia, o Lessa encaminha para o hospital, por exemplo, para o HC que aí é mais outra dificuldade. E quando o paciente volta para o PSF aí os agentes acompanham. E o que é a contra-referência, é esse indivíduo ser contra-referenciado. É o médico do Lessa de Andrade que atendeu mandar um documento dizendo como são os cuidados que o paciente terá o que é que ele precisa ser cuidado na atenção básica. Esse processo de retorno nunca aconteceu. O distrito tem documento, mas não usam. Se, aumenta a contra-referência diminuem os encaminhamentos. (Gestor A.)

Segundo relato do entrevistado, existe uma grande demanda por atendimento populacional, em todos os níveis do serviço de saúde, contribuindo para que não haja a referência e a contra-referência no atendimento aos usuários. É igualmente constatado que os usuários, ao não serem atendidos pelos níveis de média e alta complexidade, retornam às unidades locais sem terem tido nenhum tipo de acompanhamento dos especialistas que atuam nas policlínicas e nos hospitais de referência. Percebe-se, ainda, nesse relato, que é comum a ausência de resolução entre os diversos níveis de complexidade no sistema (média e alta complexidade) com a atenção básica à saúde, pela falta de uma ação bilateral que garanta a referência e a contra-referência aos usuários destes serviços.

Desse modo, a ausência no acompanhamento aos usuários nos outros níveis de atenção podem refletir tanto a falta de organização do sistema de saúde em acompanhar as atividades realizadas nos diversos níveis de atenção, como também pode indicar que a forma como é composta a organização do processo de trabalho nos níveis de média e alta complexidade privilegia as ações individualizadas, curativas e unilaterais (sem a comunicação com os outros níveis de complexidade), distanciando-se dos princípios preconizados pelo SUS, no qual todos os níveis de atenção deveriam prover atividades que se complementassem e que garantissem a integralidade no acompanhamento das demandas sociais.

No entanto, no que concerne à composição das ações nas unidades de saúde, está previsto a colaboração entre médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), etc, podendo haver um maior número de profissionais, conforme o tamanho da área de cobertura da localidade.³² De acordo com dados oficiais, essas unidades básicas são capazes de resolver até 80% dos problemas de saúde em sua comunidade, procurando prestar um atendimento de prevenção as doenças, evitando

³² De acordo com o Ministério da Saúde, em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACS; este número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas).

internações hospitalares, promovendo assim uma melhor qualidade de vida à população (BRASIL, 2006).

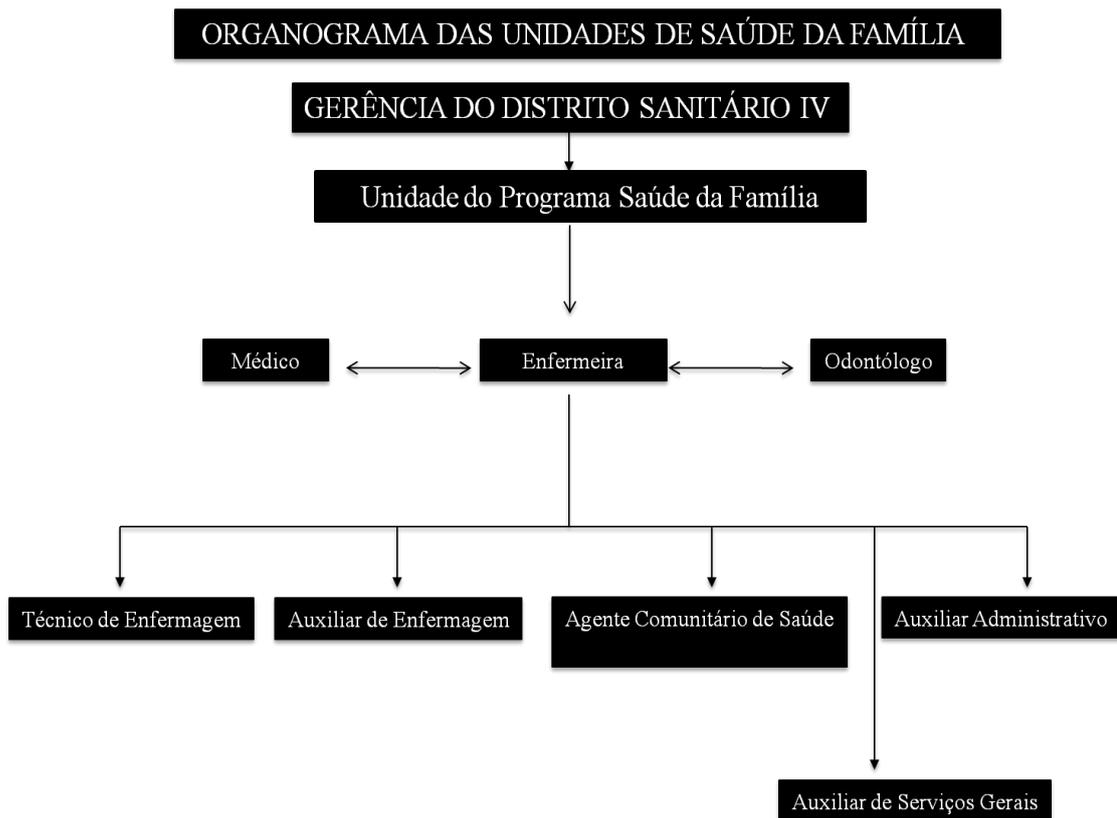
Em contraposição às características apresentadas pelas USF, tem-se observado com a adoção desse tipo de experiência descontentamentos tanto da população atendida pelo serviço como também dos profissionais que atuam nessas unidades, no que concerne à grande demanda por atendimento nas USF, deficiências do sistema de saúde em garantir um atendimento digno à população, falta de infra-estrutura básica nas comunidades, dentre outros fatores que têm refletido sobre a avaliação do atendimento na atenção básica, como podemos observar abaixo, através da tabela com a opinião das famílias entrevistadas (336) no distrito sanitário IV da cidade do Recife, que apontam para os principais problemas no atendimento nas unidades de saúde da família.

Tabela 5- Principais defeitos do PSF para os usuários do sistema de saúde

		Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Válidos	Dificuldade de atendimento	96	35,0	35,0
	Falta de atenção dos profissionais	38	13,9	48,9
	Incompetência dos profissionais	8	2,9	51,8
	Dificuldade para obter os medicamentos	68	24,8	76,6
	Falta de programas preventivos	6	2,2	78,8
	Difícil acesso aos postos e hospitais	41	15,0	93,8
	Outros	17	6,2	100,0
	Total	274	100,0	
	NR	62		
	Total Geral	336		

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Os demais profissionais que compõem as USFs são: dentistas, auxiliares administrativos, que poderão ser incorporados às equipes ou acompanhar as equipes de apoio conforme as necessidades e possibilidades locais. As ESF podem ser representadas no território sob o nível de responsabilidade de cada membro, de acordo com o organograma abaixo.



Fonte: Levantamento realizado a partir das atividades dos profissionais que compõem as Unidades de Saúde da Família (2009).

Conforme podemos observar na figura acima, as Equipes de Saúde da Família (ESF) estão organizadas entre os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e odontólogos) de forma horizontal, para que não haja hierarquia entre esses profissionais no atendimento a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, atuando a partir de um modelo organizacional, cujas ações desenvolvam a prevenção e a promoção da qualidade de vida das comunidades, contribuindo para transformação da realidade social dessas e, melhorando os indicadores em saúde.

Cabe a cada membro desta equipe, as seguintes atribuições:³³

1. O médico deve atender a cada família e desenvolver com os demais membros da equipe ações de prevenção e promoção da qualidade de vida da população;
2. O enfermeiro tem a função de supervisionar o trabalho dos ACS e do auxiliar de enfermagem, bem como realizar consultas³⁴ nas unidades de saúde e atender aqueles que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio;

³³ BRASIL. Ministério da Saúde (2001a). **Guia Prático do Programa Saúde da Família.**

³⁴ GIROTI, S. K. O.; NUNES, E. F. P. A.; RAMOS, M. L. R. **As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional.** De acordo com estes

3. O odontólogo tem a função de realizar o levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adscrita, bem como atender e orientar os usuários que apresentam problemas complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento;
4. O auxiliar de enfermagem, por sua vez, realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária, preparando os usuários para consultas, exames e tratamentos;
5. Aos ACS cabe fazer a ligação entre as famílias e o serviço básico de saúde, ao realizar o mapeamento de cada área, assim como tem como atividade o cadastramento das famílias através de visitas periódicas aos domicílios com o objetivo de orientar as pessoas com relação aos cuidados necessários para prevenção e promoção da saúde. (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), as Equipes de Saúde da Família (ESF)³⁵ precisam ter um bom conhecimento da realidade das famílias pelas quais são responsáveis, através do cadastramento e diagnóstico (realizado pela equipe médica) de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, bem como identificar os principais problemas e situações de risco a que a população atendida está exposta, de modo que possam elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença.

Compõe também as atribuições das ESF prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento aos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; ao desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados, bem como essas unidades tem o papel de auxiliar as ações de condicionalidades na área social, sobretudo entre as famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF) que tem entre as suas responsabilidades o acompanhamento e a participação nas campanhas de saúde.

autores, as enfermeiras realizam consultas, a partir da “solicitação de exames complementares, prescrevem/transcrevem medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão.” (p.6).

³⁵ BRASIL (2001b). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva.

Para implantação de Unidades de Saúde da Família (USF) junto às comunidades, o MS (BRASIL, 2005) procura adotar os seguintes critérios:

Quadro 2- Critérios para implantação de USF

1.	Identificar as áreas prioritárias para a implantação do programa;
2.	Mapear o número de habitantes em cada área;
3.	Calcular o número de equipes e de agentes comunitários necessários;
4.	Adequar espaços e equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa;
5.	Solicitar formalmente à Secretaria Estadual de Saúde a adesão do município ao PSF;
6.	Selecionar, contratar e capacitar os profissionais que atuarão no programa.

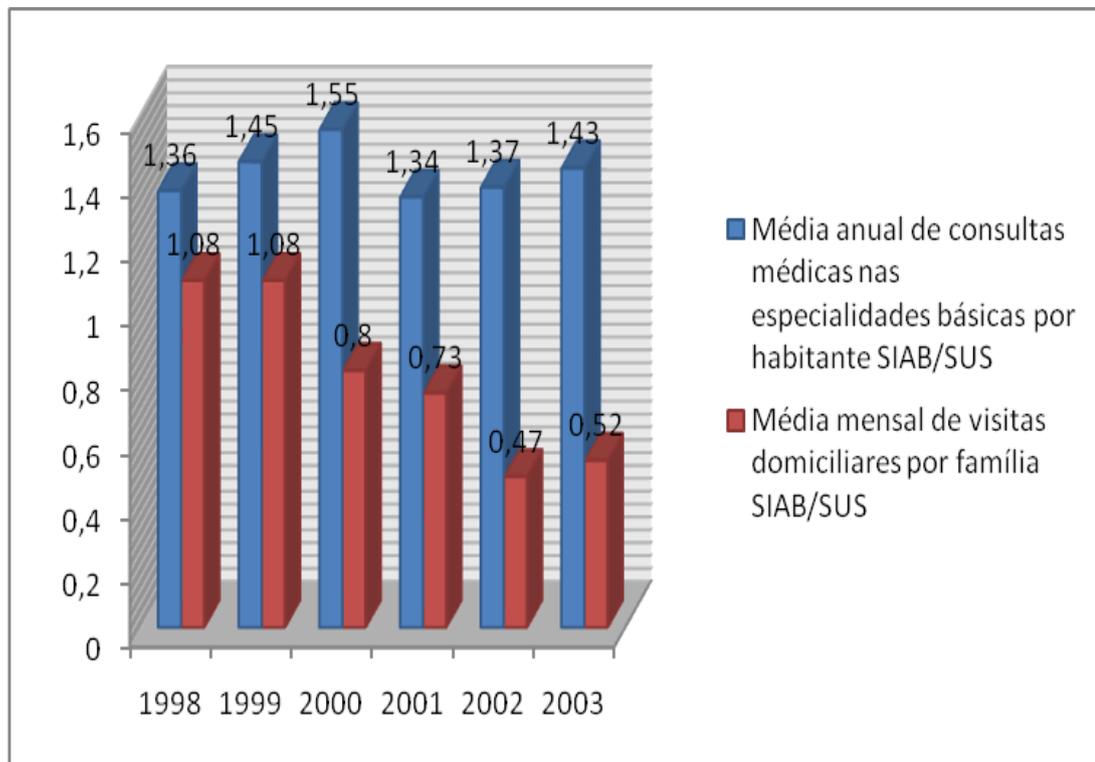
Fonte: Informações levantadas com base nos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

O acompanhamento dessas ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF são monitorados e avaliados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Esse sistema foi desenvolvido em 1998 com o objetivo de gerenciar os sistemas locais de saúde, ao adotar enquanto conceito fundamental:

Território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde. (BRASIL, 2005).

Com base nos dados produzidos pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) acompanham no gráfico abaixo, alguns resultados apresentados pelos indicadores de atenção básica para os itens: a) Média anual de consultas médicas na atenção básica; b) Média mensal de visitas domiciliares por famílias.

Gráfico 5- Pacto de Indicadores de Atenção Básica da cidade do Recife



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2004)

De acordo com os dados apresentados no gráfico para a atenção básica, pode-se observar uma tendência de aumento no número de consultas médicas nas unidades básicas de saúde nos anos de 1998 a 2003. Neste mesmo período, observou-se uma redução significativa no número de visitas domiciliares por família. O que significa esta redução no número de visitas as famílias no período apresentado? Uma estratégia do sistema de saúde? Uma tendência ao atendimento ambulatorial? São questões que têm sido objeto dos analistas sociais acerca da atenção primária, que pretendemos abordar ao longo deste trabalho, na medida em que iremos discutindo a atuação dos ACS junto à comunidade a partir de relatos e informações.

Sebastiano Porcu (1994, p.127-129) afirma que essas unidades locais de atenção à saúde devem se constituir tanto em subsistemas que agem na articulação entre os sistemas gerencial e territorial, como também integrar indivíduos ao seu meio ambiente, ao promover ações de intervenção e articulação das USF em conjunto com as comunidades enquanto “terminais inteligentes”. Muito embora as USF tenham certa autonomia em suas ações junto aos usuários do sistema de saúde, num sistema de gestão que se propõe horizontal, observa-se uma grande dependência das unidades locais com o nível planejamento gerencial, no que diz

respeito à coordenação de ações político-administrativas no território. De um modo geral, as ações que são realizadas nas unidades de saúde são determinadas pelo nível gerencial, diferentemente do modelo proposto, onde essas unidades locais teriam uma autonomia em relação à administração do distrito sanitário.

Deste modo, é necessário que tanto os gestores públicos como a população de uma forma geral, envolvidos nesse processo, estejam atentos para as dificuldades que este tipo de intervenção implica, ao atuar em diversos contextos administrativos existentes no território; cabendo, neste caso, a formulação de medidas conjuntas de “gestão, seleção e distribuição de recursos” que acolham os interesses coletivos. (PORCU, 1994).

2.4 A trajetória dos ACS na saúde

Ao longo deste trabalho, temos procurado demonstrar que o Programa Saúde da Família (PSF) é resultado da unificação de estratégias de atenção primária à saúde, tendo objetivado, ao longo dos seus 16 anos, a promoção da saúde, a garantia por melhorias condições de vida para a população, orientadas não apenas para a prevenção e na cura das doenças, mas também na “ênfase do papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e da comunidade, por meio do desenvolvimento de vínculos de co-responsabilidade.” (BRASIL, 2005b).

Nesse sentido, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o principal mobilizador das ações de atenção, prevenção e organização entre as Unidades de Saúde da Família (USF) e a comunidade, ao desenvolver em áreas geograficamente definidas o trabalho de promoção da saúde via ações (vacinações, campanhas de saúde e acompanhamento a gestantes e idosos), em áreas específicas para o acompanhamento das famílias.³⁶

Tem sido recorrente nas unidades de saúde os técnicos e gestores atribuírem aos ACS o papel de “elo” entre a equipe de saúde e a comunidade, quando não são percebidos enquanto “nossos olhos” para dentro da comunidade. Visto que o agente comunitário tem dupla inserção na comunidade, pelo fato de morar e atuar no local onde reside, o que, segundo os gestores institucionais, faz parte de uma estratégia para fortalecer os grupos sociais mais fragilizados e formar vínculos sociais entre o serviço de saúde com a comunidade: a) seja pela trajetória do ACS na saúde; b) seja pelo seu pertencimento ao contexto social.

³⁶ De acordo como as diretrizes do Ministério da Saúde, cada equipe de ACS atende em torno de 2.500 a 4.500 pessoas, sendo 450 a 750 pessoas por ACS em sua microárea.

No entanto, esse tipo de estratégia revigora conflitos entre o sistema de saúde e usuários, que em muitos casos, por estarem atrelados a concepção de saúde como um atendimento individualizado, tem questionado fortemente a atuação dos agentes junto à população. Nesse sentido, Jardim & Lancman et. al. (2009) afirmam “que o ACS é um sujeito que emerge da comunidade e se integra às equipes de saúde, sem bagagem técnica específica, e trabalha por meio do diálogo com a comunidade buscando conscientizar e ser um agente educador.” (JARDIM, T.A.; LANCMAN, 2009, p.124).

Da mesma forma compreende-se que a partir do momento em que o ACS passa a ter contato com a prática da promoção em saúde, que enfatiza os determinantes sociais no processo de saúde/doença, diferentemente das práticas de sua comunidade, passa a incorporar novas ações em saúde, contribuindo para que esse educador social torne-se um sujeito cercado de contradições, diante de saberes e práticas bem distintas. (*idem*, 2009).

De acordo com Nunes (*et. al.* 2002) existe algum consenso quanto ao tipo de formação adequada para a atuação dos ACS, na proposição de que estes tenham uma formação que integre os saberes oriundos da sua realidade social, aliado a uma prática de saúde *biomédica*, que permita a esse ator reconhecer as necessidades de sua população, pois se o discurso *biomédico* lhe garante um “prestígio social”, é a partir de sua prática em saúde que o educador social poderá transmitir os conhecimentos para a população.

Do mesmo modo, a adoção de programas como o PSF possibilitou rediscutir a formação dos profissionais em saúde, em especial as carreiras médicas.³⁷ Pois, a perspectiva de construção de uma prática coletiva em saúde se contrapõe ao modelo médico centrado (PARSONS, 1951),³⁸ ocasionando dificuldades de ações conjuntas entre as equipes de saúde e a comunidade. Em muitos casos há dificuldades de relacionamento entre os profissionais médicos com os demais profissionais das equipes de saúde da família, no quesito que trata do desenvolvimento de ações mais condizentes com a realidade social dos indivíduos que compõem o substrato do sistema social.

³⁷ Recentemente, a academia tem procurado discutir e reformular os currículos dos profissionais da área de saúde com disciplinas e cursos que procurem diminuir a distância entre o saber científico e a realidade social. Principalmente entre os profissionais médicos o objetivo é aproximar o processo de formação desses profissionais com as atividades desenvolvidas nas unidades de saúde comunitárias. É comum, ouvirmos dos usuários do serviço de saúde que há grande dificuldade em dialogarem com médicos a respeito de sua saúde.

³⁸ Numa perspectiva funcionalista, Parsons (1951) enfoca a profissionalização da medicina como um advento que possibilitou o equilíbrio do sistema social, justamente pela ocupação de uma atividade específica, que se encarregaria de orientar todo o padrão organizacional da estrutura médico-hospitalar.

Em decorrência dessas características, podemos observar que o problema da formação dos profissionais do campo da saúde tem trazido grandes dificuldades principalmente com relação a questões pessoais dentro das unidades de saúde. “O conflito de poder que se instaura, quando o ACS passa a dividir, e mesmo disputar, o seu lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe, principalmente com os médicos.” (NUNES, 2002, p.1641).

Com relação à atuação dos ACS, estes trabalham divididos em microáreas de sua comunidade, conforme determina o planejamento do distrito sanitário IV da cidade do Recife (vide anexos), ao desempenharem um papel “estruturador” na relação enquanto educadoras sociais para mudança nas condições de vida da população. (BRASIL, 2006). Entretanto, se por um lado tem-se observado nas pesquisas realizadas junto aos postos de saúde da família que a grande demanda de atividades que os ACS têm que cumprir no seu dia-a-dia limita sua condição de orientação e acompanhamento as famílias circunscritas em sua área de atuação.³⁹ Por outro lado, a partir do momento em que o agente inicia suas visitas domiciliares na comunidade, passa a conhecer minuciosamente detalhes da vida comunitária que antes desconhecia. Isto ocorre devido a sua inserção na vida privada das famílias, nos problemas individuais e coletivos das pessoas, que modificam sua relação enquanto usuário/comunitário do serviço de saúde para mediador das questões sanitárias e familiares de sua comunidade.

Autores como Jardim & Lancman (2009) argumentam que o ACS é encarado enquanto “anteparo do sistema de saúde e, por vezes, devido a essa condição, enfrenta resistências da população e dificuldades de relacionamento”.

O domicílio não é um território público e o seu acesso nem sempre é evidente e fácil; portanto, para realizar seu trabalho, o agente deve estabelecer vínculos e relações de confiança com a comunidade. O agente somente adentra e conhece a intimidade dos usuários com permissão da família, devendo sempre preservar essa privacidade. (LUNARDELO *apud* JARDIM & LANCMAN, 2009, p. 2).

Esse processo de interação entre o espaço privado da família e ACS tem implicado no mais das vezes em entraves culturais (procura por atendimento ambulatorial) e estruturais (deficiência do sistema de saúde e falta de infra-estrutura básica nas comunidades) que afetam a própria saúde mental desses indivíduos.⁴⁰ Em muitos casos, as limitações impostas pelo sistema de saúde e a falta de compreensão da comunidade quanto ao trabalho de orientação

³⁹ Conforme as características da microárea, os ACS podem atender entre 150 a 250 famílias.

⁴⁰ O contingente de situações sociais com as quais os ACS se deparam no cotidiano de suas ações pode influenciar na saúde deles.

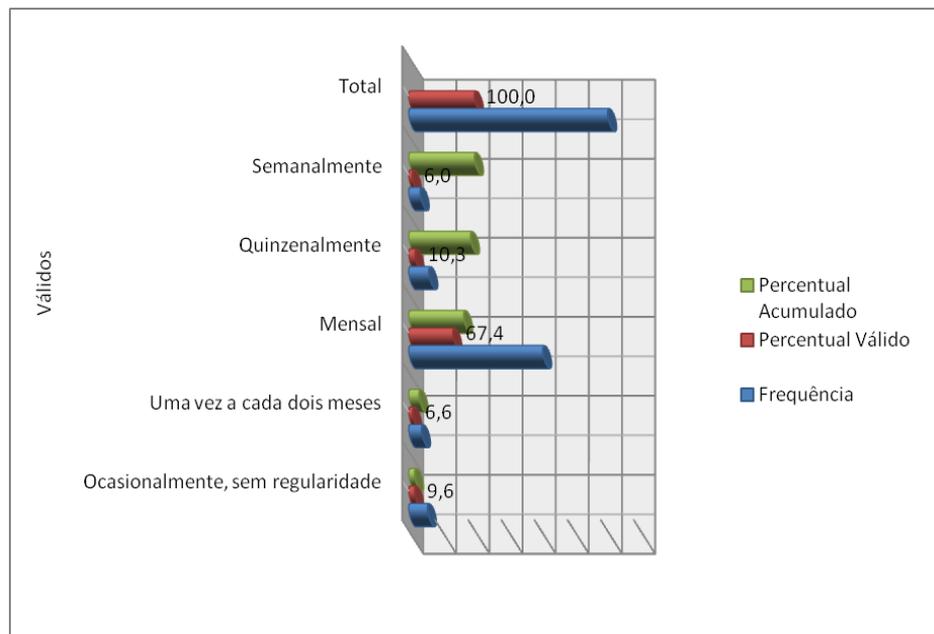
dos ACS são fatores que diminuem a própria confiança no educador social, ao exigir dos ACS um tipo de postura acerca das questões de saúde que ultrapassa o seu nível de responsabilização.

Os ACS relatam que a relação com a comunidade não é fácil, pois a população, acostumada com um atendimento ambulatorial, nem sempre compreende o sentido do trabalho de promoção e prevenção à saúde que é realizado pelos ACS, em suas visitas domiciliares, como podemos observar abaixo:

Eles querem que a gente esteja na porta deles todos os dias. Se visito três casas na rua hoje e tenho que ir ver alguma coisa em uma determinada rua, quando eu volto para visitar o restante da rua, a pessoa que eu já visitei quer que eu a visite novamente. Aí eu explico que a gente não tem tempo de visitar as pessoas mais de uma vez, a não ser que esteja acontecendo algo diferente. Mas as pessoas não entendem não. Continuam esculhambando a gente. Seria bom que os próprios distritos, e a gente já está pedindo isso, que faça reuniões com a comunidade para explicar sobre o nosso trabalho, porque quando a gente vai explicar a maioria muitas pessoas dizem que a gente só ganha com a cara e não faz nada, mas não conhece as nossas obrigações, os nossos deveres e eu acho que a própria prefeitura deveria trabalhar mais isso junto com os profissionais. Não deixar só na mão dos profissionais do posto. Até mesmo porque como eles perdem o respeito por nós, pelo fato de a gente morar na comunidade, estar sempre próxima e a afinidade que eles vão tendo com a gente faz com que eles percam o respeito. (ACS A.⁴¹)

Segundo os dados coletados 67,4% dos ACS costumam realizar uma visita mensal aos domicílios. Conforme demonstra o gráfico abaixo.

Gráfico 6- Frequência com que os ACS realizam as visitas domiciliares



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

⁴¹ Por uma questão de preservação das identidades dos entrevistados, todos os nomes são omitidos e indicados a partir de letras para controle interno das informações pelo pesquisador.

Por outro lado, podemos ressaltar que os ACS têm certo orgulho do seu trabalho na comunidade, muito embora se queixem bastante da falta de respeito da população pelas suas atividades:

Eu gosto de ser agente de saúde, mas eu gostava muito mais até um tempo atrás, porque quando as pessoas não o respeitam, perdeu o respeito. Isso vai diminuindo a vontade, o meu estímulo de fazer o trabalho. Então, eu ainda gosto porque eu me sinto bem quando chego em uma residência que a mãe está maltratando o filho, e eu chego, converso, vou dando um pouquinho de amor aquela criança e aí eu vejo uma diferença. Eu me sinto bem com isso; sinto-me bem quando uma pessoa chega me chama e pergunta se eu posso orientar. Sinto-me feliz de saber e ensinar a outra pessoa. Só que na maioria das vezes eu estou perdendo o estímulo de fazer isso porque na casa da pessoa ela age de uma forma, depois você vai ao posto e acaba agindo de outra forma. (ACS A.).

Do mesmo modo, pode-se constatar com os questionários que, somados os índices de satisfação “muito grande” e “grande”, os ACS apresentam um percentual de 72,4% de satisfação quanto a sua atividade conforme indica a tabela abaixo.

Tabela 6- Grau de satisfação como ACS

		Frequência	Percentual Válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito Grande	39	27,7	27,7
	Grande	63	44,7	72,4
	Regular	30	21,3	93,6
	Pouca	7	5,0	98,6
	Nenhuma	2	1,4	100,0
	Total	141	100,0	
	NR	11		
Total		152		

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

No entanto, quando solicitamos aos ACS que indicassem o grau de reconhecimento da população sobre sua atividade, verificou-se uma redução significativa dos índices de satisfação em relação à situação anterior. Neste cenário, apenas (7,3%) dos ACS informaram ter um grau de reconhecimento da população “muito grande”, enquanto (31,8%) informaram ter um grau de reconhecimento “regular” e, (20,5%) afirmaram ser pouco reconhecidas pela população.

Tabela 07- Grau de satisfação com o reconhecimento da comunidade

		Frequência	Percentual Válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito Grande	11	7,3	7,3
	Grande	48	31,8	39,1
	Regular	48	31,8	70,9
	Pouca	31	20,5	91,4
	Nenhuma	13	8,6	100,0
	Total	151	100,0	
Perdidos	NR	1		
Total		152		

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Trad.(2009), Jardim & Lancman (2009) apontam para diversidade de situações que são presenciadas, na relação *face a face* entre os ACS com a população, no decorrer de suas visitas domiciliares. Essas relações são cercadas de anseios e angústias que despertam “sentimentos ambíguos, de prazer e sofrimento.” O resultado desse convívio com os problemas das pessoas/famílias, em muitos casos, os impedem de atender de forma apropriada as demandas da vida privada das pessoas, e deve-se às seguintes limitações:

A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos. (...) Pode-se pensar que esse modelo relacional condiciona, então, a excessiva valorização dos aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com os moradores, bem como a ênfase que é colocada pelos usuários do PSF em conteúdos ligados à vida pessoal dos agentes, chegando por vezes ao extremo de exercerem um controle social sobre as suas vidas privadas. (NUNES *et. al.* 2002, p.1644-5)

Nesse tema, a fala da usuária é esclarecedora quando indica que o trabalho de um ACS tem muita importância para a sua vida:

A agente chega aqui e pergunta se eu estou com problemas, se quer que eu seja encaminhado para alguma médica; ou médica vem até a mim ou eu vou a médica. Então ela me arruma um encaminhamento aos hospitais. Elas são muito importantes. Nada de acabar com as agentes. Ela sempre vem. Quando ela não vem com um tratamento, pelo menos ela vem sempre com uma palavra de carinho. Pelo menos a minha agente sempre está com um sorriso no rosto. Se todas fossem iguais a ela seria dez. (USUÁRIA, A.).

Nunes (et al., 2002) lembra que nesse tipo de relação que se estabelece no sistema de saúde não devemos deixar de lado o processo relacional, as representações sociais das famílias, que também são sujeitos da atenção à saúde, pois contribuem para o fortalecimento dos vínculos sociais na aproximação com o serviço de saúde, bem como o trabalho dos ACS contribui para orientar o contexto familiar no enfrentamento dos problemas de saúde.

Nesse sentido a fala da enfermeira *B.* nos faz compreender o papel da família para o sistema de saúde e para formação de vínculos sociais:

As famílias têm importância total em relação à saúde. A família tem que ser vista como um todo. Hoje você não tem a família passional, mas vários agrupamentos de pessoas que se consideram famílias, que convivem e vivenciam o mesmo tipo de dificuldades e afinidades. Eu acho que família convive numa estrutura física ou ambiente, mas a relação entre as pessoas eu acho que é o mais importante, independente de ser uma família nuclear ou um agrupamento de pessoas com afinidades que estão buscando coisas. (ENFERMEIRA *B.*).

Se por um lado o envolvimento das agentes na vida doméstica das pessoas pode significar conflitos por outro pode também representar novas possibilidades de agir na saúde, porque propicia aos ACS o estreitamento de laços de amizade, confiança, pertencimento, com os usuários, a partir da promoção e da participação em diversas situações sociais na comunidade.

Os ACS são verdadeiros “mediadores” das questões sanitárias da comunidade. São pessoas que agem como intérpretes da sociedade local, pois estabelecem muitos vínculos sociais a partir da notoriedade alcançada através do trabalho. Mas, devido à fragilidade da infra-estrutura local e do sistema de saúde em não prover uma assistência à saúde compatível com as demandas locais, os ACS vêem sua atividade limitada. Por esta razão, desenvolvem a partir da sua experiência prática, adquirida no convívio diário com as pessoas, formas/meios de estruturar e/ou reestruturarem suas redes sociais, a partir do estoque de relações que se (re) constituem na esfera pública, advindas de sua interação no campo da saúde.

2.5 Hibridismo: educador social e/ou marcador de consultas?

Muito embora, o Programa Saúde da Família (PSF) represente um paradigma para a vigilância em saúde, ao articular por intermédio das ações dos ACS e técnicos em saúde políticas transversais, setoriais, intersetoriais, visando à reorganização da prática hegemônica da médica tradicional, tem-se observado que ainda há uma grande desarticulação entre as ações promovidas pelo sistema de saúde e a demanda da população por atendimento de qualidade em serviços públicos de saúde.

Nessa direção, autores como Nunes (2002), Trad., Almeida *et al.* (2002) defendem que “o caráter híbrido e polifônico” desse programa, principalmente pela atuação dos ACS, o inscrevem como uma experiência de trabalho que permite tanto a mediação de conflitos nas comunidades, com o processo de aproximação com o serviço de saúde, como também pode significar uma experiência que reproduza a prática médica ambulatorial, ao descuidar do cuidado preventivo com as pessoas.

Nesse sentido, verifica-se a partir das ações desse programa, uma possibilidade diferenciada de acesso da população ao serviço de saúde, muito embora represente também a reprodução de uma lógica relacional, da qual Da Matta (1991 *Apud*, NUNES, 2002), denomina como “perversão das práticas de cidadania”, ao conduzir o processo de transmissão de informações aos indivíduos a partir de “códigos de comportamento” que diferenciam as pessoas segundo critérios *biomédicos* e/ou pessoais, com o objetivo de gerar privilégios no acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Nunes:

Observa-se que, em ambos os casos, o julgamento da prática dos ACS pode ser compreendido a partir da lógica relacional discutida por Da Matta (1991). Ela se aplicaria tanto para compreender o sentimento de “valorização”, e poderíamos acrescentar de “proteção” e de “amparo”, experimentado por aqueles que se sentem parte da “rede de relações”, como o sentimento de indignação daqueles que foram, por alguma razão, excluídos da mesma. (NUNES, 2002, p.1644).

Entretanto, para o MS (BRASIL, 2005b) esse programa constituiu-se numa estratégia que priorizou as ações de promoção, proteção e prevenção da saúde, tanto a nível individual quanto coletivo, sem fazer distinção quanto ao nível relacional dos indivíduos no sistema de saúde. Para o MS, o objetivo do PSF é contribuir para a transformação dos modelos de políticas públicas vigentes em saúde no país, ao priorizar a humanização na atenção aos usuários através de uma ação direta na família e na comunidade na qual os indivíduos estão

inseridos. Segundo Fontes & Martins (2004, p. 4) a criação de programas como os Saúde da Família e Saúde Ambiental significou uma “quebra” na cultura médico-hospitalar, possibilitando a descentralização das políticas públicas, nos anos de 1990, porque estes programas estão ancorados em um modelo de gestão horizontalizada e flexível que permite a articulação em rede entre a sociedade civil e o sistema de saúde.

No entanto, esse processo de reorganização da atenção básica a saúde não ocorreu sem traumas. Segundo relatos de agentes comunitários e técnicos que atuam na base do sistema de atenção primária, as principais dificuldades decorreram a partir da transição do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) que posteriormente fora “suplantado” em âmbito nacional pelo PSF (BRASIL, 2005b). Integrando um conjunto de ações que privilegiam um maior número de grupos sociais ao invés dos indivíduos (SCOTT, 2008). Muito embora, o PACS continue atuando em áreas onde não há cobertura do PSF.

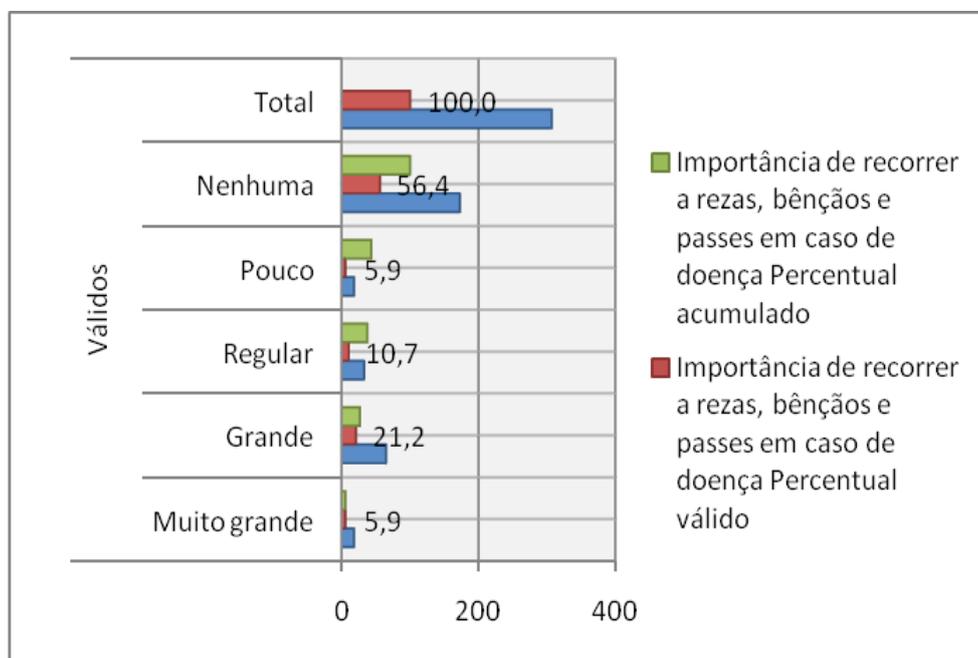
De modo que no PACS as agentes comunitárias tinham maior “liberdade” para a organização das visitas às famílias, tinham também menor dependência com as unidades de saúde, estando hierarquicamente subordinadas apenas à coordenação de um profissional da área de enfermagem. No entanto, no PACS os ACS desenvolvem o mesmo tipo de atividade que as suas colegas no PSF (cadastramento das famílias e visitas domiciliares mensais), mas, devido ao grande número de famílias que têm que atender, eles não conseguem estabelecer vínculos sociais com estas famílias. No caso do PSF, as Unidades de Saúde da Família (USF) funcionam como referências locais para a assistência às comunidades, ao procurarem fortalecer os laços entre o sistema de saúde e a população. Entretanto, essas agentes (PSF) ao se incorporarem as USF passaram a ter um maior controle interno de suas atividades pela equipe de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, etc.) o que, segundo Scott, criou entre as agentes de saúde um “saudosismo” do antigo programa. Do mesmo modo, a vinculação dos ACS às unidades de saúde também não significou melhores condições de trabalho e melhor remuneração financeira que fossem condizentes com as suas novas atribuições, principalmente, porque no PSF os ACS tiveram que dividir suas atenções não só com as famílias, mas também com os demais membros da equipe de saúde, o que significou maior dependência hierárquica e um maior número de protocolos médicos para serem preenchidos, conseqüentemente maior carga de trabalho para as unidades de saúde, além de maior desgaste no acompanhamento das ações preventivas, muito embora, as unidades de saúde representem para população, uma ancora territorial para o atendimento em saúde. (BRASIL, 1995, p.55).

Conforme relato de uma profissional em enfermagem que atua no PACS, algumas práticas culturais de cura e aconselhamento perdem espaço, com a chegada do PSF, sobretudo pela busca ao serviço ambulatorial, como podemos extrair da fala abaixo:

Eu acho que o PSF destrói esse modelo anterior (de o vizinho ser a referência da saúde, ou o parente) porque o PSF era para ser uma proposta alinhada, mas em determinado momento a gente rompe isso. Tanto é que a gente tem crianças que, com uma hora de febre, corre para o posto. A gente vê que no aleitamento materno a cultura da família ainda é predominante, mas a gente não vê mais a questão da doença e de promoção da saúde rompe, por exemplo, o uso de chá. Tanto é que a pessoa adoeceu na unidade ele pode ter tido uma febre de uma hora ou de um dia, já está na unidade, ninguém mais espera para tratar em casa com um chazinho, ou um banho de colônia. Aqui eu acho que rompeu demais com a cultura local com prejuízo, porque se tornou uma dependência de serviços médicos do que da cultura popular. (Enfermeira C. PACS).

Do mesmo modo, observa-se com os dados levantados pelos questionários, a confirmação da perda de espaço das “práticas culturais” de aconselhamento e cura historicamente desenvolvidas pelas comunidades. Este evento ocorre tanto do lado das práticas em saúde dos ACS, como também do lado das famílias entrevistadas no distrito sanitário IV da cidade do Recife, como se pode verificar na descrição do gráfico abaixo:

Gráfico 7 - Importância de recorrer a rezas, bênçãos e passes em caso de doença para as famílias entrevistadas



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007)

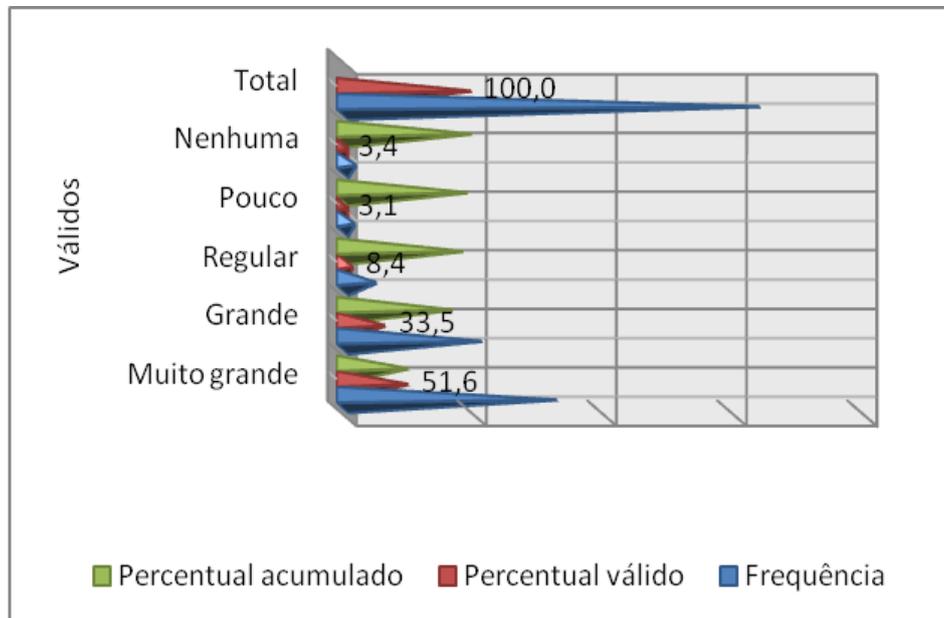
Alguns analistas, entre eles Lancman & Jardim (2009, p.125), Nunes (*et. al.* 2002, p.1644-5) tem se dedicado a investigar o processo de composição de programas como o PSF e a “inserção do agente de saúde Sistema Único de Saúde (SUS)” ao apontar que este novo desenho de programa tem colaborado para a “ambigüidade” das ações do ACS ao propor em suas diretrizes que a pessoa seja membro da comunidade, tenha liderança e respeito desta, ao passo que possa traduzir melhor os problemas de saúde da região. Então, como os ACS podem enfrentar uma multiplicidade de papéis e dar conta do trabalho de promoção da saúde da população? Se estas estão, na maior parte do tempo, marcando consultas nas unidades de saúde e preenchendo planilhas de programas sociais.

Vejam os o que diz a ACS C. sobre essa questão:

A gente trabalha muito em cima de dados. Pelas pessoas nós somos vistos como marcador de consultas. No meu caso mesmo teve uma pessoa que chegou e disse que me procurou para voltar no médico e cheguei ao posto e você não estava, e eu disse a ela que o meu trabalho é também na rua. Eu acho que tem que ter a clareza na cabeça da comunidade sobre o que realmente é PSF porque ainda não se enquadrou na cabeça deles, porque acho que é um programa novo, o pessoal está muito acomodado com o trabalho da medicina tradicional e o pessoal está um pouco perdido. No início a cabeça da gente também estava um pouco perdida. O agente de saúde é mais o trabalho de prevenção, de organização e no momento em que a gente passa a ser marcador, porque o pessoal corre muito em cima da consulta e a gente está trabalhando a cabeça dele muito em cima da prevenção. Mas eles não querem saber da prevenção, querem saber da consulta aí a gente passou a ser um marcador de consulta por conta disso. E a gente olha o outro lado que não tem a clareza na cabeça deles. Tanto a gente marca consulta como a gente fala de prevenção. O que eu queria que mudasse era que a gente deixasse de ser marcador de consultas. Eu queria que mandasse medicamento, porque falta muito; mais médicos para o posto e especialistas em todas as áreas, como um cardiologista, um ginecologista que aqui não tem. A marcação de consulta em si dá trabalho para gente, mas minha preocupação é se o agente de saúde deixa de marcar ficha perde o referencial dele. (ACS C.).

Esse tipo de procedimento, relatado por um agente comunitário que se denomina “marcador de consultas,” pode ser recortado também das falas de usuários e gestores que aprovam esse tipo de prática, pois “*a comunidade de maneira geral critica muito os agentes de saúde que não marcam consultas*” (Gestor C.), como sendo uma das “facilidades” e/ou “vantagens” oferecidas pelo Programa Saúde da Família para a comunidade. Logo, essa tendência se reproduz quantitativamente, como nos mostra o gráfico com a opinião das famílias entrevistadas na cidade do Recife acerca da importância do trabalho dos ACS para “marcação de consultas”.

Gráfico 8- Importância da ajuda dos ACS para marcação de consulta entre as famílias entrevistadas



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Contudo, tem se observado que entre as equipes (médicos, enfermeiros e gestores públicos) há uma tendência pela seleção de pessoas com um perfil técnico, cuja atuação seja orientada apenas para obtenção de resultados pretendidos pela unidade. Nessa perspectiva, o caráter comunitário da ação do agente de saúde dá lugar ao cumprimento de normas e diretrizes administrativas do distrito, enfatizando os critérios burocráticos em detrimento da participação nas questões de saúde da comunidade.

O agente de saúde trabalha mais em cima só de dados. Eu tenho uma preocupação muito grande que o agente de saúde passe a ser um cadastrador do IBGE. Trabalhe mais só em cima dos dados, onde a realidade da gente é a organização da família, da comunidade, e a organização em si, melhoria de saneamento básico, moradia. E no momento a gente está trabalhando muito em cima de cadastramento de dados e esquecendo muitas vezes da própria comunidade. (ACS C.).

Constata-se com este problema que a organização do modelo de atenção básica à saúde promove uma inversão de papéis entre o educador social (ACS), sujeito membro da comunidade, com o representante do “discurso legal” (membro da equipe técnica), ou seja, mais um técnico para a organização. Reforçando o argumento, acerca da necessidade de se investigar de forma mais abrangente, cabendo as seguintes questões: que tipo de vínculos sociais acompanham os ACS na realização de seu trabalho? De que modo este (re) agem às frequentes modificações que são impostas pelo sistema de saúde na organização das estratégias de atenção básica? Sobretudo, quando Everardo Nunes (2002) aponta que esse

fenômeno tem fomentado o caráter polifônico da atuação do agente de saúde nas unidades de saúde, especialmente se considerarmos que os ACS passam grande parcela do seu tempo preenchendo planilhas referentes aos programas oficiais, visto que se encontram menos presentes representando os interesses comunitários, ensejando a possibilidade de maior controle do poder público sob a sua ação.

CAPÍTULO III- A Formação dos Vínculos Sociais a partir da perspectiva Teórico-Metodológica de Redes

3.1 As redes sociais: um novo olhar para a saúde

Neste capítulo, a partir do paradigma de redes sociais, busca-se abordar as dimensões das práticas sociais em saúde diante das transformações ocorridas na sociedade contemporânea. Procuraremos enfatizar o estabelecimento de vínculos sociais entre indivíduos/grupos sociais como uma nova possibilidade para construção de um sistema de saúde que contemple o elemento relacional expressado nas práticas coletivas dos indivíduos. Do mesmo modo, pretende-se apresentar, neste capítulo, os aspectos metodológicos que nortearam a pesquisa, ao demonstrarmos a utilização da medida de centralidade nas redes em conjunto com as descrições estatísticas que visam responder os objetivos traçados pelo estudo.

Neste sentido, a perspectiva das redes sociais⁴² permite uma investigação teórico-metodológica para auxiliar as ações dos agentes públicos, governamentais e não-governamentais que buscam na construção de redes de associações solidárias, de cidadania, meios capazes de dar conta dos processos de mudança. No campo da proteção social, essa perspectiva tem contribuído nos últimos anos para a reconciliação dos estudos sociais com a saúde coletiva, via admissão de uma possibilidade de intervenção que tem na interação humana o seu objetivo basilar.

A esse respeito, consideramos principalmente o longo período em que houve, no Brasil, um distanciamento entre as pesquisas acadêmicas no campo da sociologia em saúde com os estudos sanitários.⁴³ Esta tendência para que os trabalhos na área de saúde não fossem amplamente estudados nos cursos de ciências sociais decorreu do fato da sociologia médica não ser considerada um campo de investigação que expressasse a “estrutura e a natureza da sociedade”, ao contrário de outros processos sociais como: “justiça, religião, política, e dos modos de produção.” (COCKERMAN, 2007 *apud* NUNES, 2007, p.154).

⁴² Segundo Portugal (2006, p. 3) a definição de rede social surgiu inicialmente nos anos de 30 e 40 a partir dos estudos da sociologia e da antropologia social. Sendo utilizada inicialmente de forma metafórica para representar processos sociais, sem, contudo identificar morfologicamente as relações entre as redes e o comportamento dos indivíduos.

⁴³ Na bibliografia organizada por Badgley & Schulte (1966) no período de 1950-59 foram encontradas apenas 74 referências sobre trabalhos voltados para a medicina tradicional.

Só depois da década de 1960, com a influência dos estudos da sociologia (norte-americana, francesa e inglesa) em território nacional, este cenário começa a modificar. Segundo Nunes (2007), a mudança de panorama significou novas possibilidades de investigação dos processos sociais para os países do Sul, em especial na América Latina e, principalmente no Brasil, cujo processo de modernidade ocorreu de forma tardia em relação aos países da América do Norte e da Europa, que consolidaram suas pesquisas em saúde formando grupos acadêmicos durante a década de 1950, com a criação das primeiras cátedras de pesquisa nos cursos de medicina e saúde coletiva.

A formação tardia de uma *intelligentsia* nos países periféricos significou a necessidade de se consolidar um ambiente histórico-cultural que representasse a construção dos elementos necessários para inclusão de um modelo de análise crítico da sociedade. (FERNANDES, 1977).

As novas possibilidades de reorganização da sociedade brasileira cristalizaram-se *parri passu* com o desenvolvimento dos saberes técnico-científicos, propiciando desta forma um ambiente de mudanças nas concepções de saúde que se iniciaram nos anos de 1970, devido às transformações estruturais nos grandes centros urbanos. Em outras palavras, significou igualmente a adoção de novas estratégias de assistência social à saúde.

Recentemente, com as modificações paradigmáticas iniciadas pelo SUS voltadas a universalização no atendimento à saúde, a descentralização das políticas públicas e a busca pela integralidade no atendimento comunitário provocaram nos anos de 1990 um processo de valorização nas relações como conexão entre os indivíduos. Houve, por conta dessas mudanças, um recrudescimento pelos estudos sociais como fonte de ação e reconhecimento das demandas sociais. Notadamente, a compreensão das mais variadas arquiteturas e interconexões no mundo contemporâneo apontaram para uma sociedade cada vez mais imbricada, onde tudo e todos estão ligados através de complexas articulações que estruturam investigações no campo social, científico e econômico. (WATTS, 2003; BUCHANAN, 2002 *apud*, PORTUGAL, 2006).

A perspectiva de redes sociais emerge como um forte aliado para as investigações das ações transversais voltadas ao planejamento social, que perpassam muitas vezes as mais diversas realidades. A utilização deste instrumental teórico-metodológico significa, portanto, um importante aporte para o planejamento das ações públicas no setor sanitário porque contribuem com índices que levam em conta o controle social exercido pela população e

entidades associativas em torno de experiências que propiciam uma relação efetiva com as populações mais vulneráveis.

Destacamos, especialmente, a importância desse tipo de ação em áreas onde há graves problemas de proliferação de doenças e mortalidade infantil, sobre as quais as pesquisas sociais têm apontado algumas causas determinantes, tais como a desarticulação e desorganização das ações entre o serviço de saúde e a sociedade civil – via redes de solidariedade –,⁴⁴ que podem propiciar a inserção dos indivíduos na vida política e no bem estar social.

Compreendemos que na vida social, os tradicionais modelos de gestão organizados em torno do paradigma *biomédico*, sustentados em estruturas bastante hierarquizadas administrativamente, não respondem satisfatoriamente a “imprevisibilidade” que caracteriza a vida das instituições sociais. *“Instituições de formato horizontal e aberto, inerentes aos sistemas complexos. Sendo a instituição típica do social a rede interativa.”* (MARTINS, 2004).

Essas instituições orientam-se por uma lógica particular, diferente da racionalidade imposta pelo sistema (Estado e o mercado) no qual premia as ações abertas a “fluxos e reflexos”. Ações reguladas por redes primárias, redes de vizinhança, constituem um tecido social propício para a organização de modelos associativos singulares para cada sociedade, que concretizam a existência de um sujeito relacional (2004).

Um exemplo de um ambiente favorável para os estudos relacionais no campo da saúde coletiva pode ser destacado a partir das mudanças sócio-institucionais que foram executadas com a reorganização do sistema sanitário brasileiro. Isto é uma possibilidade de intervenção para as ciências sociais, em face dos desafios propostos pelas novas estratégias de políticas da vida, cujos objetivos estão vinculados à promoção da saúde, pela via da articulação entre as diversas representações da sociedade civil, em contiguidades horizontais, flexíveis, na qual sejam privilegiadas as práticas sociais que são desenvolvidas a partir do território, com ênfase nos grupos mais vulneráveis (aqui representados pelas famílias usuárias do sistema de saúde).

Essas modificações na direção de uma perspectiva teórico-metodológica de redes buscam focalizar a compreensão do significado do “mundo da vida”, que é (JÜRGEN HABERMAS *apud*, MARTINS & FONTES, 2004, p. 56) denominado como a esfera das práticas sociais que se deslocam do sistema formal – Estado, Mercado e Ciência –,

⁴⁴ Grupos sociais que se organizam e estruturam ações em torno da defesa dos interesses coletivos, bem como agem “emergencialmente” na luta pelos ideais de melhores condições de vida e cuidado dos indivíduos.

constituindo-se num fenômeno complexo, capaz de abranger múltiplos aspectos da vida social.

Com relação a este pensamento, Martins & Fontes (*Ibidem*, p.56) conceituam:

Em suma, as redes, independentemente das leituras feitas sobre as mesmas, aparecem como um conceito sociológico importante na medida em que se faz necessário destacar a vida cotidiana como espaço estratégico para a articulação política e institucional das comunidades e grupos sociais, sobretudo contra as tentativas dos modelos econômicos privatistas e individualistas de colonizar a vida cotidiana em detrimento do espaço público. Ou seja, para melhor compreensão do que significa essa mudança de perspectiva metodológica em favor da valorização conceitual das redes interativas produtoras de solidariedades, dádivas e reciprocidades ampliadas, é importante compreender a significação do mundo da vida. (MARTINS & FONTES, 2004, p.56)

Nesse sentido, um dos fatores centrais da política de humanização na saúde está ancorado na construção de redes e na inclusão de ações intersetoriais, transversais, que envolvem diversas instituições sociais, como as associações voluntárias em setores como educação, assistência social e segurança pública, no qual o sistema de saúde possa alargar o diálogo com estes atores, sejam eles atores institucionais (União, Estado e municípios), sejam eles atores que representem os interesses da sociedade civil (ONGs e representantes dos usuários de saúde) significando novas portas de atuação na base do sistema sanitário.

Essas políticas transversais procuram promover a reorganização do tecido social através de reformas contra os efeitos perversos que o desenvolvimento socioeconômico causou para a *coesão social*, ao separar a esfera das relações econômicas da familiar, com o advento da modernidade. Giddens (1978) fazendo referência ao pensamento de Durkheim, afirma que esses processos ganharam força com a intervenção do agente estatal, que, se por um lado assegurou a “liberdade” de ação dos indivíduos a partir das relações de mercado, por outro contribuiu para a desintegração dos vínculos sociais, o que Durkheim denominou como “transmutação” de valores.

No contexto contemporâneo é essencial investigar como são desenvolvidas as ações no âmbito das políticas sanitárias de atenção à saúde, sobretudo a partir da investigação dos elementos relacionais que configuram os círculos sociais⁴⁵ na perspectiva de redes. A partir daí, busca-se refletir sobre as mudanças paradigmáticas no campo sócio-sanitário ao apresentar indicadores de redes (formação de grupos sociais) que possibilitem integrar diversas visões (individuais e coletivas), que são estabelecidas pelas relações entre esses

⁴⁵ O fortalecimento dos vínculos sociais entre os indivíduos/grupos contribui para que estes participem de novos espaços de sociabilidade, na modernidade, denominados como círculos sociais. Em muitos casos, as relações constituídas nestes círculos extrapolam os contatos estabelecidos através de uma ação sanitária, ao possibilitar aos indivíduos transitarem em outras esferas da vida social, de acordo com a posição que ocupam na estrutura.

atores, o sistema de saúde e, as comunidades assistidas por essas iniciativas (PORTUGAL, 2006).

Esse novo olhar sobre as investigações no campo da saúde tem atraído, nos últimos anos, um crescente número de pesquisadores que vêem nessa perspectiva um poderoso recurso para os estudos voltados para: a) mobilização da sociedade civil; b) abordagens sobre a formação de capital social; c) sobre as práticas sociais, assim como estudos voltados a temática do suporte social, etc.⁴⁶

Na medida em que o termo “redes” pode representar metaforicamente vários sentidos que ensejam desde uma malha de vínculos que se entrelaçam e ligam pessoas e grupos (nós) na formação de laços de sociabilidade com outros indivíduos, como também a descrição de trajetórias circunscritas em histórias de vida que (re) estruturam novos arranjos sociais. Sendo assim, esta perspectiva possibilita aos analistas sociais investigar tanto a formação de um tecido social resultante desse tipo de articulação, como também demonstra a formação de vínculos sociais entre esses indivíduos. Trad.(2009), Portugal (2006, 2007), Martins & Fontes (2006).

Amparado nessa linha de pensamento, Norbert Elias (1994) aponta que o objetivo central das ciências sociais é observar o processo de interação entre os indivíduos na medida em que considera a interdependência entre as ações singulares e as ações plurais no círculo societário. Portanto, para os analistas sociais, a unidade de análise nos estudos de rede não se baseia tão somente na avaliação do conjunto de indivíduos autônomos, mas na possibilidade de apreensão dos elementos que os unem, que os isolam e que os interligam em torno de características que lhe são próprias.

A esse respeito, Martins (2004) assinala que a sistematização do conceito de redes sociais não é recente. Assim como Elias, Durkheim e Mauss também procuraram desenvolver em seus escritos esse conceito, ao abordar os grupos sociais como unidades interdependentes para superação da dualidade de interpretações (ação, estrutura), que dominou o pensamento social em boa parte do século passado.

Este autor reivindica que uma das chaves para superação dessa dualidade de valores estaria numa mudança operada a partir da teoria da dádiva, que atuaria enquanto fortalecimento dos vínculos de solidariedade e reciprocidade entre indivíduos, sob o qual os

⁴⁶ FONTES, Breno Augusto Souto Maior. **Redes Sociais e Saúde: Sobre a Formação de Redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental.** N. 26 Abril de 2007 - p. 87-104. Disponível em: <http://www.nucleodecidadania.org/nucleo/extra/pdf>.

estudos sociais não poderiam prescindir, pois essa perspectiva procura dar conta da complexidade envolvida na constituição do objeto social, que segundo este autor, é paradoxal.

Nessa definição, o estudo de redes enquanto teoria procura romper com a aparente contradição entre ação e estrutura, atuando numa perspectiva micro e meso social, pois segundo especialistas a teoria do “equilíbrio” ou a investigação dos “*small Worlds*” está mais preocupada em reconstruir a interdependência entre indivíduos/grupos na percepção de suas esferas de sociabilidade, circunstanciadas pelas interações sociais, do que estabelecer explicações macroestruturais dentro da esfera pública, “ao dar azo à possibilidade dos indivíduos terem acesso a bens materiais e imateriais, conforme sua posição na estrutura de redes.” (PORTUGAL, 2007).

O sentido da ação social na teoria das redes é resultado da consecução de valores e preferências dos atores, que possivelmente vêm no investimento (no capital social) e na relação em si, meios de centralizar, intensificar e dar maior densidade (formar novos laços) para consecução de bens materiais e simbólicos. Esses autores enfatizam que o valor essencial para formação das redes sociais não está no que se “ganha ou que se perde” na relação, mas no que “circula” em favor da ação coletiva. “Às vezes tal circulação aparece como perda, outras, como ganho, não apenas material, mas, sobretudo, simbólico.” (*Op. cit.*, 2004, p. 5).

Nesse aspecto, as ações voltadas à vigilância em saúde procuram promover interações resultantes das práticas sociais que são oriundas da vida em sociedade, via formação de sociabilidades primárias, secundárias para a organização da vida política dos sujeitos, ao contrário das práticas historicamente vinculadas ao saber médico centrado, que, se por um lado trouxeram avanços significativos para o processo de saúde-doença, por outro lado deixaram de lado a compreensão da saúde enquanto um fenômeno social.⁴⁷

⁴⁷ De acordo com Philippe & Herzlich (2001), os séculos XIX e XX marcaram o início das políticas sanitárias na Europa, onde surgiu o que hoje denominamos como medicina moderna, resultado do processo de desenvolvimento social, contribuindo para o aumento na expectativa de vida da população, proveniente da adoção de novos serviços públicos na área da saúde. Devido aos avanços da Medicina no período pós-guerra (após a 1ª guerra mundial, a medicina evoluiu na difusão de técnicas e medicamentos que passaram a ser utilizados em grande escala), quando surgiu o tratamento acompanhado. Nele, a doença passou a ser tratada como inimigo a ser combatido, onde o sujeito não precisaria se afastar do convívio social, possibilitando à ciência médica tornar-se elemento estrutural para as relações sociais, tendo como princípio a objetividade no tratamento ao doente.

3.2 A utilização de medidas de rede para investigar vínculos sociais

Nesta seção, nosso objetivo é mensurar a relação indireta⁴⁸ entre os ACS e as entidades que atuam junto ao serviço de saúde. Diferentemente da abordagem realizada no segundo capítulo, onde se procurou reconstituir a trajetória dos ACS através da descrição dos laços de trabalho e as contradições no ambiente sócio-institucional, busca-se através da metodologia de redes, delinear via índices e sociogramas⁴⁹ a relação estabelecida entre esses profissionais. Considerando o conjunto de entidades citadas pelos ACS pode-se, por exemplo, compreender os laços sociais que a relação enseja, dentro de um processo maior que se inicia muitas vezes exteriormente ao sistema de saúde, e permeia a relação na esfera pública e privada, envolvendo ações que ultrapassam as demandas sanitárias, como foi o caso das informações coletadas nas entrevistas (vide segundo capítulo) que apontaram que, para além do campo da saúde e da comunidade local, alguns ACS traçam novas estratégias de participação que extrapolam a relação local.

Neste caso, pretende-se verificar se a hipótese que foi defendida no início deste trabalho se confirma ou não, quando sinalizamos que, quanto maior é a relação dos ACS com as associações (entidades que atuam na comunidade), maiores seriam as chances de se promover uma prática em saúde preventiva, onde seriam estabelecidos vínculos sociais com as comunidades atendidas pelo serviço de atenção básica.

Nesse sentido, a *network analysis* é o instrumento adequado para o olhar sobre esse tipo de articulação, pois tem avançado muito em diversos campos do conhecimento (ciências humanas, ciências exatas, etc.), por observar em sua análise as características das relações entre grupos sociais através de regularidades que se constituem e reconstituem no tempo e no espaço. Ficam assegurados, assim, tanto a descrição (centralidade) quanto à formação de variações e a análise metodológica dos efeitos dessas transformações para a organização do modo de vida das pessoas: (MERCKLÉ, 2004).

⁴⁸ Indireta, pois a centralidade das redes foi calculada a partir da indicação das entidades pelos ACS e, com base nessas informações, pode se verificar a posição dessas entidades na influência sobre o trabalho realizado nas USFs.

⁴⁹ A partir dos sociogramas é possível verificar graficamente a posição dos indivíduos num determinado grupo, como também os vínculos sociais estabelecidos entre os diversos indivíduos.

O conceito de rede tem conhecido nas ciências sociais um sucesso crescente nas últimas décadas. A sociologia das redes sociais tem como objetivo não estudar as características dos indivíduos, mas as relações entre estes indivíduos e as regularidades entre eles, para descrever como é feita a sua formação, suas transformações e analisar os efeitos sobre o comportamento.⁵⁰ (MERCCKLÉ, 2004, p. 3).

Através da utilização da Análise de Redes Sociais (ARS) é possível definir um conjunto de métodos que visam aproximar padrões relacionais e conceitos analíticos para as estruturas sociais (DEGENNE & FORSÉ, 1994; WASSERMAN, 1994), podendo com isso identificar como esses indivíduos (ACS) se posicionam na organização e qual a intensidade das suas relações para definição de seus atos. Deste modo, o impacto do paradigma da promoção de saúde, se, por um lado trouxe consigo novos desafios para investigação das questões sanitárias, por outro lado, permitiu várias possibilidades de análise sobre a configuração dos contatos que são estabelecidos entre os membros das equipes de saúde e as associações comunitárias.

Por conseguinte, uma das principais medidas para mensurar o potencial de determinados atores que compõem uma ou várias redes sociais é o índice de centralidade. Através desta medida de rede é possível definir a posição dos atores e a sua relevância para o conjunto das relações constituídas.

De acordo com a posição que os indivíduos ocupam na rede, maiores são as oportunidades destes se conectarem dentro da rede e, conseqüentemente, maiores são as possibilidades de se obter “prestígio” individual e/ou coletivos. Segundo Hanneman (2005):

Atores que tem mais laços que outros podem ter posições vantajosas. Pelo fato desses atores terem muitos laços, eles podem ter vias alternativas para satisfazer necessidades e, conseqüentemente, são menos dependentes do que outros indivíduos. Por eles terem muitos laços, eles podem ter acesso a, e serem hábeis para lançar mão dos recursos da rede como um todo.⁵¹ (HANNEMAN, 2005, p. 63).

Logo, a medida de centralidade contribui para descrever o poder dos indivíduos e mensurar os vínculos entre os atores sociais, de modo que, para Marteleto (2001, p.75) esta medida significa:

⁵⁰ La notion de réseau connaît en sciences sociales un succès grandissant depuis quelques décennies. La sociologie des réseaux sociaux prend pour objets d'étude non pas les caractéristiques des individus, mais les relations entre ces individus et les régularités qu'elles présentent, pour les décrire, rendre compte de leur formation, de leurs transformations, et analyser effets sur les comportements.

⁵¹ Actors who have more ties to other actors may be advantaged positions. Because they have many ties, they may have alternative ways to satisfy needs, and hence are less dependent on other individuals. Because they have many ties, they may have access to, and be able to call on more of the resources of the network as a whole.

Calcular a centralidade de um ator significa identificar a posição em que ele se encontra em relação às trocas e a comunicação na rede. Embora não se trate de uma posição fixa, hierarquicamente determinada, a centralidade em uma rede traz consigo a idéia de poder. Quanto mais central é um indivíduo, mais bem posicionado ele está em relação às trocas e a comunicação, o que aumenta seu poder na rede. (MARTELETO, 2001, p.75).

Quanto maiores são os vínculos estabelecidos entre o(s) indivíduo(s) e/ou grupos, maiores são as chances de centralidade e, maiores são as suas possibilidades de aumentar o seu “poder” na rede. Isto significa que a mobilização do capital social entre os indivíduos trafega, segundo Bourdieu, como:

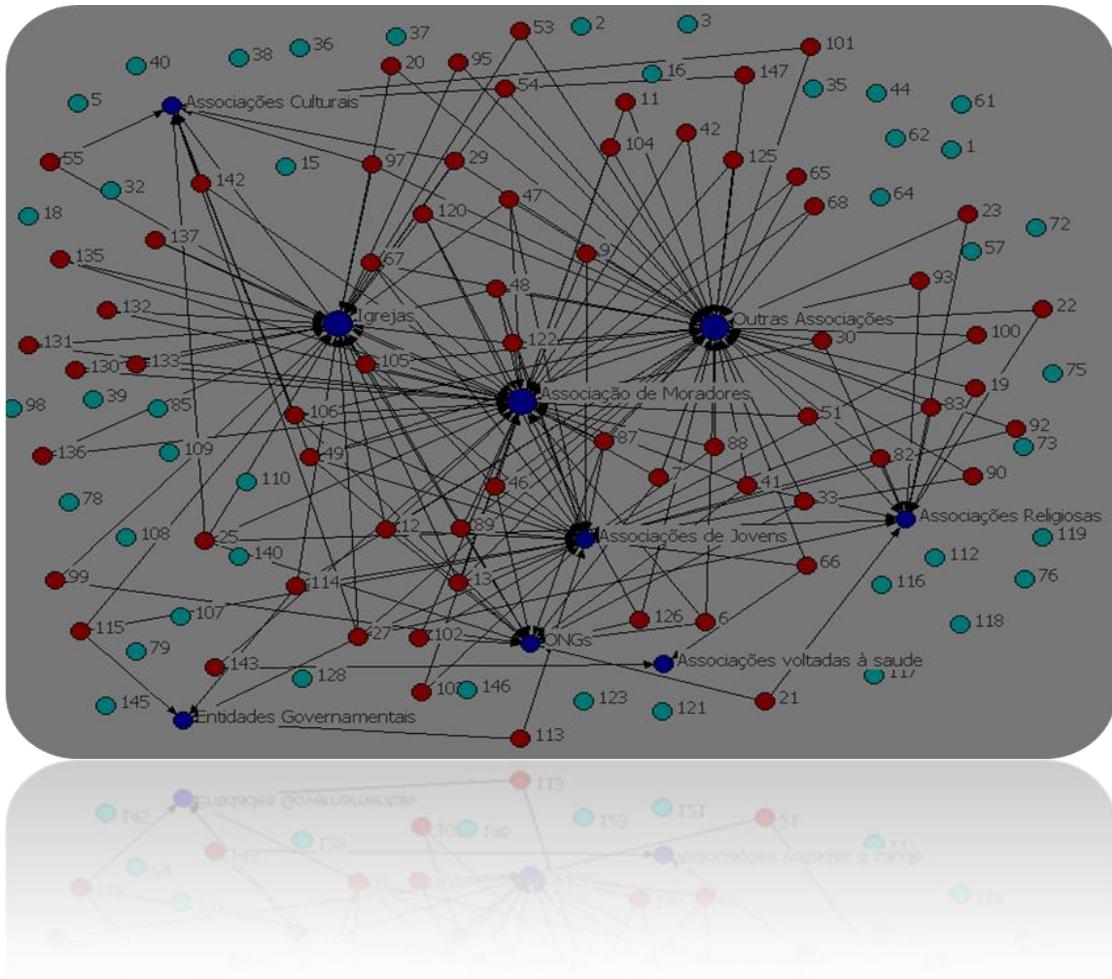
O conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de inter-conhecimento e de inter-reconhecimento ou, em outros termos, a vinculação a um grupo, como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros ou por eles mesmos), mas também são unidos por ligações permanentes. Essas ligações são irredutíveis às relações objetivas de proximidade no espaço físico (geográfico) ou no espaço econômico e social porque são fundadas em trocas inseparavelmente materiais e simbólicas cuja instalação e perpetuação supõem o reconhecimento dessa proximidade. O volume de capital social que um agente individual possui depende então da extensão da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar e do capital (econômico, cultural ou simbólico) que é posse exclusiva de cada um daqueles a quem está ligado. (BOURDIEU, 2001, p. 67).

Portanto, visando delinear essas características, a pesquisa procurou levantar as relações que foram estabelecidas entre ACS e entidades associativas, onde foi construída uma matriz quadrada (n x n) no programa estatístico SPSS (*Statistic Package for Social Science*) no qual foi solicitado para cada um dos 152 ACS entrevistados que indicasse até nove entidades com a(s) qual (is) já tivesse mantido algum tipo de vínculo associativo,⁵² onde informaram como ou através de quem conheceram essas entidades.

Concluído esse processo de armazenamento dos dados no programa estatístico SPSS, em seguida, estas informações foram transportadas para o programa UCINET, apropriado para os estudos de redes sociais. Por meio deste programa foi possível calcular os índices de rede e construir os sociogramas com as representações das citações dos ACS e das entidades citadas na pesquisa (vide índices de rede nos anexos), permitindo uma visualização mais adequada das interações observadas durante a pesquisa, ao formar a rede associativa dos ACS do distrito sanitário IV da cidade do Recife, conforme se pode observar no sociograma abaixo.

⁵² Neste caso, relacionamos 99 entidades, que posteriormente foram divididas em nove categorias: a) Associações de Moradores; b) Igrejas; c) Associações de Jovens; d) ONGs; e) Associações voltadas à saúde; f) Associações Culturais; g) Entidades Governamentais; h) Associações Religiosas e, i) Outras Associações.

Figura 3- Sociograma com a rede associativa das entidades citadas pelos ACS



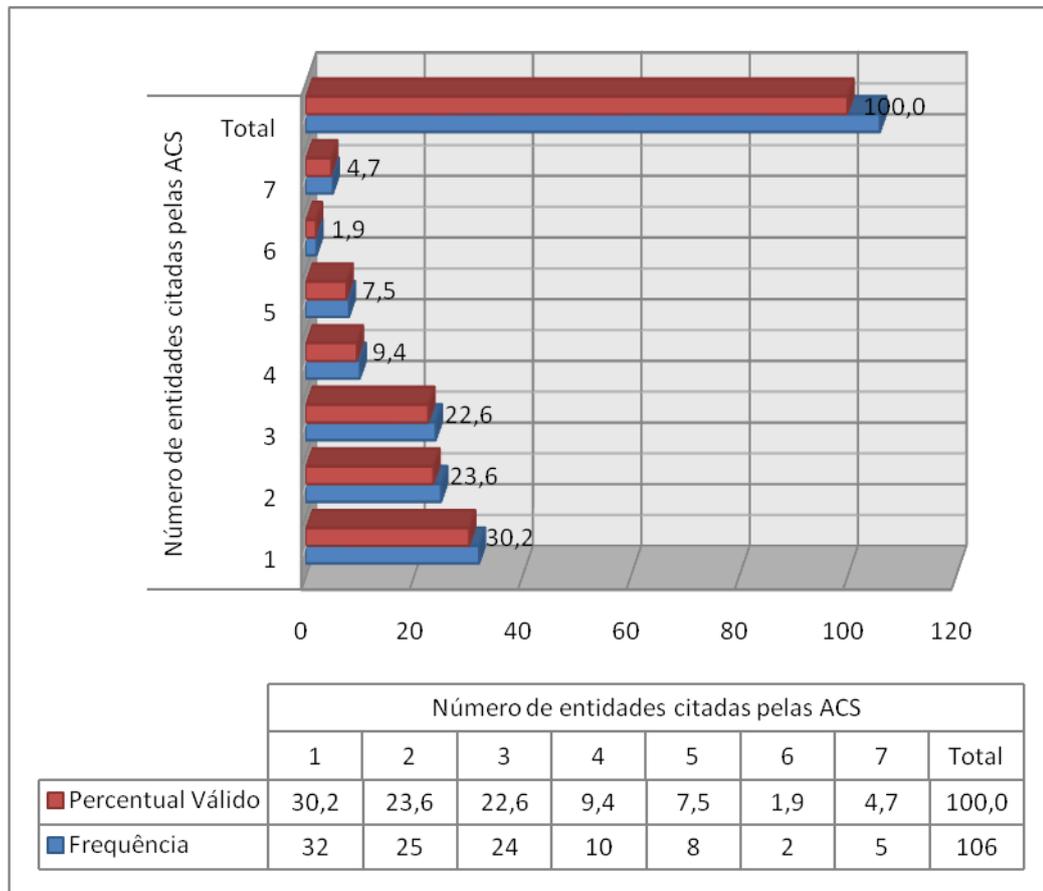
Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).



Podemos observar a partir do sociograma das entidades que compõem a rede associativa dos ACS, que muito embora uma das principais características da atividade em saúde das agentes comunitárias é “relacionar-se intensamente com essas associações”, permitindo a construção de “círculos sociais” com os diversos atores em torno de novos padrões de sociabilidade, observa-se nessa representação um fato curioso, pois dentre os 152 ACS entrevistados um percentual de 30,26% (46) apresentaram-se isoladas em relação aos demais. Neste caso, não foi citada nenhuma associação que desenvolvia alguma atividade junto as USF.

Entretanto, pode-se constatar com a apresentação do gráfico abaixo, que entre os ACS que informaram conhecer até três entidades associativas (Associações de Moradores, Associações Religiosas e Outras Associações), observou-se um percentual acumulado de 76,4% (81) do universo de citações.⁵³ Logo, o número de associações com as quais elas mantêm algum contato é limitado em relação às possibilidades de indicações (até nove indicações) que são possíveis. Visto que, apenas 4,7% (5) das entrevistadas citaram sete associações.

Gráfico- 9 O número de entidades citadas pelos ACS na cidade do Recife



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

A princípio, a apresentação destes dados pode indicar que a participação com as associações não é um fator decisivo para a organização das atividades de boa parte dos ACS. Conseqüentemente, a participação associativa neste distrito estaria localizada em outras formas de contato para formação de laços sociais na definição das atividades dos ACS (FONTES, 2004). Estas “outras” formas de organização podem ou não depender da existência de algum tipo de interação com essas entidades nas unidades de saúde. Pode, por exemplo,

⁵³ Resultado do somatório do número de citações realizadas pelos ACS.

indicar tanto relações exteriores, mantidas entre unidades de saúde, quanto relações que se mantêm a partir de contatos pessoais, significando a existência de estratégias desenvolvidas pelos ACS junto à população e/ou colegas de trabalho visando a (re) orientação de suas ações durante as práticas de saúde. Neste caso, a formação de círculos sociais não é descartada em nenhum dos cenários. Em outras palavras, pode ser um elemento relacional dentro ou fora da rede associativa, via observação do comportamento dos atores envolvidas nesse processo.

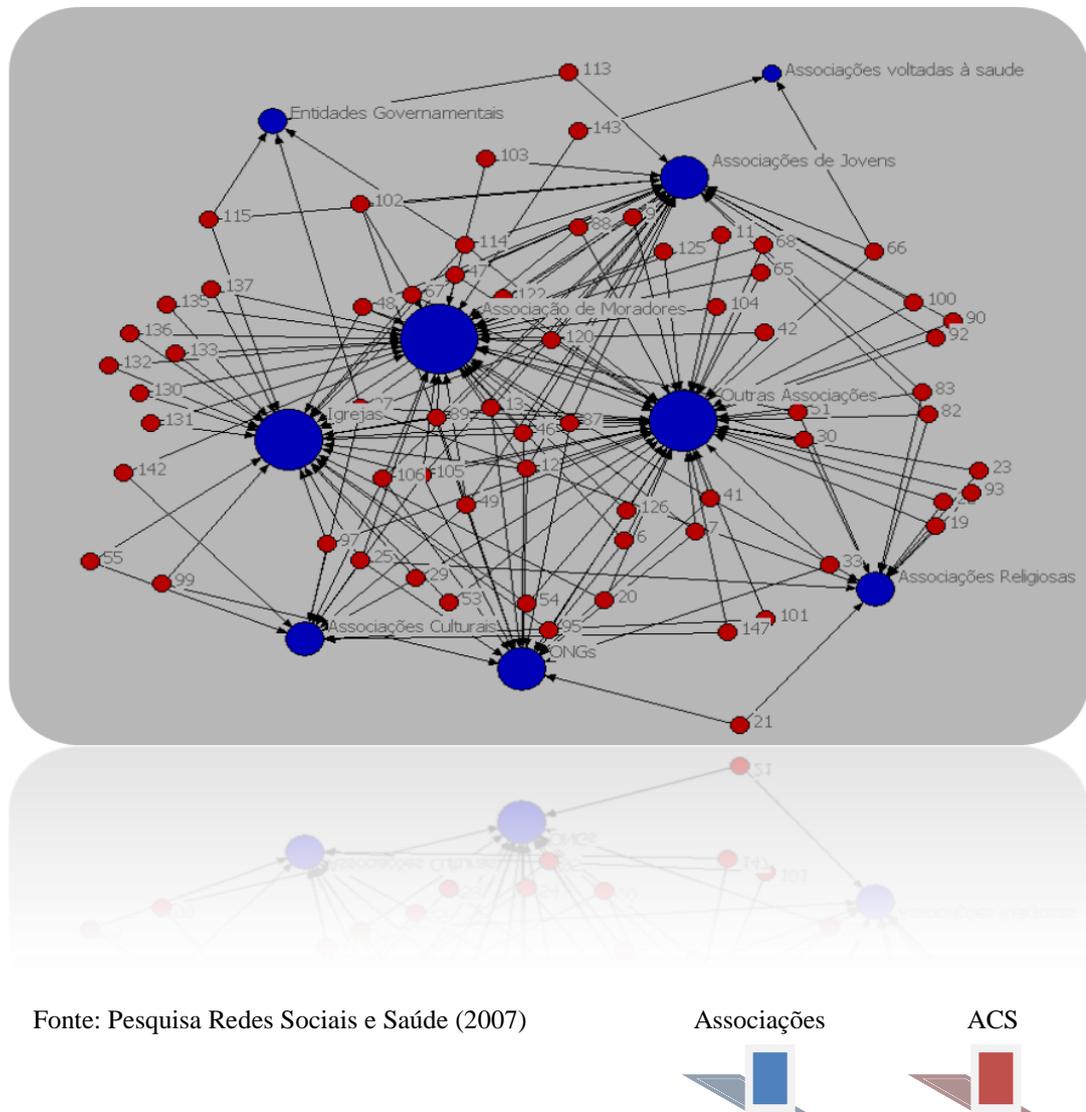
Segundo Simmel (1993), a condição dos indivíduos nas sociedades modernas tem influenciado na formação de círculos sociais, devido à intensidade de laços sociais resultantes de um intenso número de relações sociais que se constituem e se (re) constituem na vida cotidiana. Interações que interferem na formação dos sujeitos cada vez mais *multifacetados*, mediados pela ampliação da racionalização⁵⁴ nas relações socioeconômicas e pelo processo de expansão do domínio do mercado e do Estado, sobre a vida das pessoas nos espaços urbanos.

Deste modo, o alargamento desses círculos sociais entre os ACS podem significar estratégias que facilitam o acesso a recursos simbólicos com outros agentes, com a comunidade e com os usuários do sistema (em espaços de lazer, espaços políticos, etc.), mas também podem representar meios eficazes de ampliação de suas “escolhas”, de sua “liberdade”, diante das incertezas e limitações impostas pelo sistema de saúde e pela prática “cultural” da população, que privilegia exclusivamente o atendimento ambulatorial, ao invés de procurar incorporar uma prática de saúde preventiva. (SIMMEL, 1999 *apud* FONTES e STELZIG, 2007).

Outro resultado importante que foi observado na pesquisa para a disposição da centralidade das redes associativas dos ACS, é a concentração de vínculos localizados em algumas entidades em relação com as demais. Conseqüentemente, poder-se-ia afirmar que: as associações que apresentaram um maior índice podem figurar com maior grau de influência na rede em relação às demais. Entretanto, segundo Marteleto (2001) o fato de alguns grupos terem mais contatos diretos em uma rede que outros não significa necessariamente que estes ocupem as posições mais centrais na rede, pois em determinados casos, entidades/indivíduos com menos citações podem estar mais bem posicionados na rede que os outros. Portanto, estas associações podem não influir sobre o tipo de vínculo que é constituído nas unidades de saúde, muito embora as redes possam servir de “pontes” para que os ACS ampliem o seu capital social em outros espaços do modo de vida organizativo da comunidade. (FONTES, 2004).

⁵⁴ Nesse ponto, Simmel se aproxima bastante da abordagem weberiana que postula que a forma como a racionalização ocorre no ocidente, influencia as culturas em torno deste paradigma.

Figura 4- Sociograma com o índice de centralidade das entidades citadas pelos ACS



Com a utilização da medida de centralidade foi possível constatar que os elos que foram formados, a partir da quantificação das citações, demonstraram que houve um maior número de contatos diretos com os ACS no caso das Associações de Moradores, Outras Associações e Associações Religiosas.

Muito embora tenha havido uma maior concentração das indicações em torno dessas associações, ao contrário do que se poderia imaginar, houve uma influência reduzida destas instituições junto às atividades do Programa de Saúde da Família. O que nos leva a crer que nas 16 unidades USF, onde foi realizada a pesquisa, mesmo havendo um histórico de participação e envolvimento entre as Associações de Moradores e as Associações

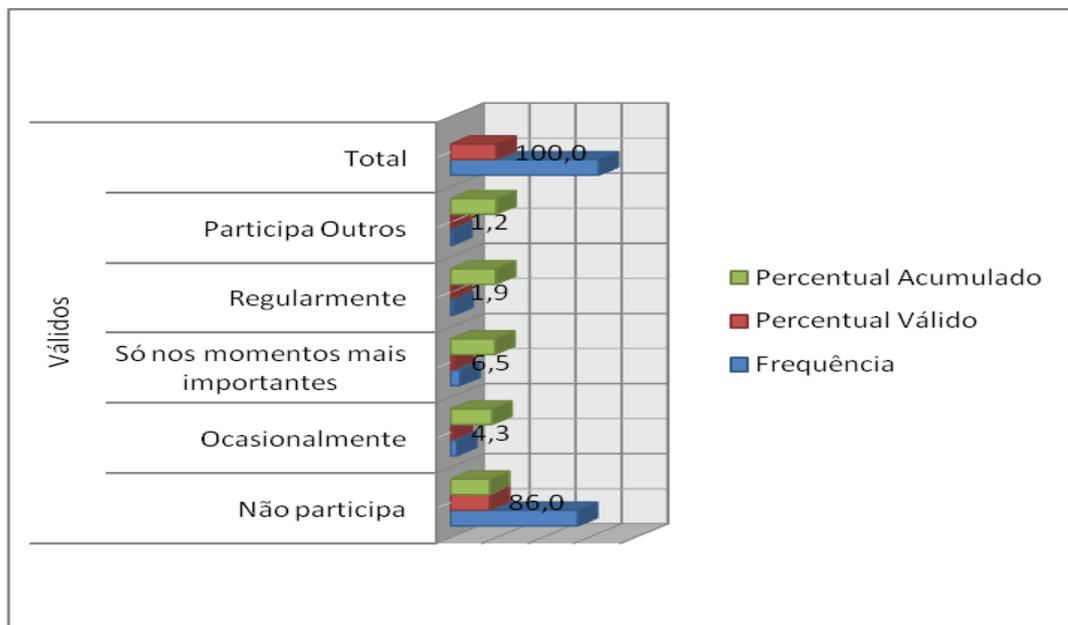
Religiosas⁵⁵, este fator não foi decisivo para a definição dos vínculos sociais entre os ACS, para a construção das suas práticas de saúde comunitárias.

Neste caso, observou-se no campo de pesquisa que a participação dos ACS junto às associações e entidades comunitárias ocorre, mas de forma individual, situação que não se traduz em ações conjuntas com as unidades locais, em prol da construção de práticas de saúde coletivas. Mas, devido ao histórico de luta na comunidade, estas mantêm algum tipo de vínculo com as associações.⁵⁶ A ausência de um maior engajamento associativo na comunidade não é um “privilegio” apenas da relação com o serviço de saúde, mas um fenômeno resultante da fragilidade nos padrões organizativos das instituições sociais como um todo, que diante da estagnação da solidariedade local não conseguem dar conta das demandas populacionais. Esse fenômeno pode ser igualmente verificado pela ausência de participação dos usuários do serviço de saúde nas associações que atuam nas comunidades pesquisadas, como indica o gráfico abaixo com a opinião dos entrevistados no distrito sanitário IV da cidade do Recife.

⁵⁵ As Associações Comunitárias e as Igrejas têm um papel importante para a articulação entre a comunidade e o poder público quando se trata de questões que envolvem a saúde da população, pois diante dos desafios que se impõem a este novo modelo de saúde, ao propor a necessidade de se instituírem mecanismos de *Accountability* para o aprimoramento das ações dos gestores públicos, a presença dessas instituições pertencentes à comunidade nas ações sanitárias possibilitaria um melhor exercício do controle social exercido pelas comunidades atendidas por este serviço.

⁵⁶ Mesmo identificando no campo de pesquisa que, no distrito sanitário IV da cidade do Recife, várias unidades do PSF funcionam em prédios cedidos pelas Associações de Moradores, não se verificou a existência de um conjunto de práticas conjuntas que mobilizassem de fato o serviço de saúde e associações, em torno da melhoria das condições de vida da população. O máximo que pôde ser observado foram algumas ações isoladas de divulgação das campanhas nacionais de vacinação com a participação de alguns membros dessas entidades.

Gráfico-10 Participação dos usuários dos serviços de saúde nas associações que atuam na comunidade



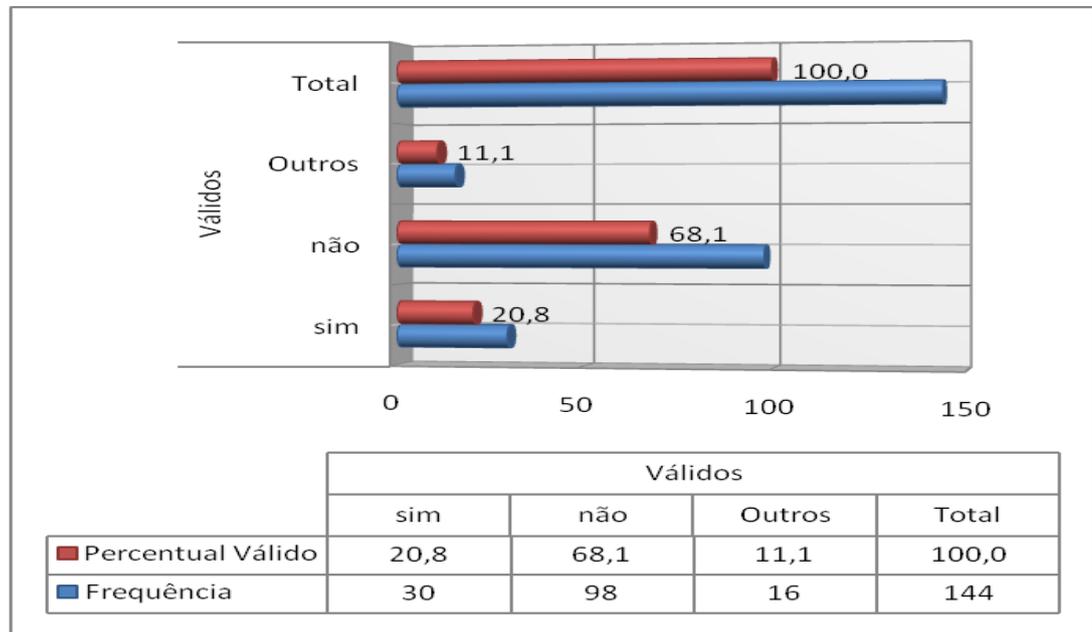
Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007)

Nota-se que entre os usuários que são atendidos pelo sistema de saúde na comunidade, (86%) informaram que não participam das associações comunitárias que atuam no bairro, apenas (1,9%) dos usuários informou participar regularmente das associações. Da mesma forma, quando perguntado aos usuários se estes participavam de alguma ONG, (97%) dos entrevistados informou não participar de nenhuma dessas organizações que atuavam no bairro (vide anexos).

Diante dessas circunstâncias, alguns analistas sociais defendem que esse tipo de situação é decorrente da incapacidade das instituições locais de promoverem mudanças significativas para a organização comunitária, que, diante da redefinição das práticas sociais promovidas pelos atores sociais nos novos espaços de participação, sobretudo na saúde, articulam-se em redes, ao promoverem ações junto aos serviços de saúde, minimizando práticas tradicionais de “protesto e contestação” difundidas historicamente entre ONGs e Associações (FONTES, 2004).

Do mesmo modo, verificou-se que entre os ACS entrevistados, a grande maioria confirmou (68,1%) que não tem colaboração de ONGs e Associações Comunitárias para a realização do seu trabalho em saúde, como pode ser constatado abaixo com a apresentação do gráfico que demonstra o nível de colaboração dessas entidades para o cotidiano das ações promovidas pelos ACS na cidade do Recife.

Gráfico 11- Colaboração de ONGs e associações na realização do trabalho em saúde



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Assim sendo, a relação com as entidades que compõem o modo de vida organizacional da comunidade demonstrou que não é um fator determinante para compreensão das características de participação deste agrupamento social na organização das atividades junto às ações de saúde desenvolvidas no PSF.

3.3 A Interação entre as Agentes Comunitários

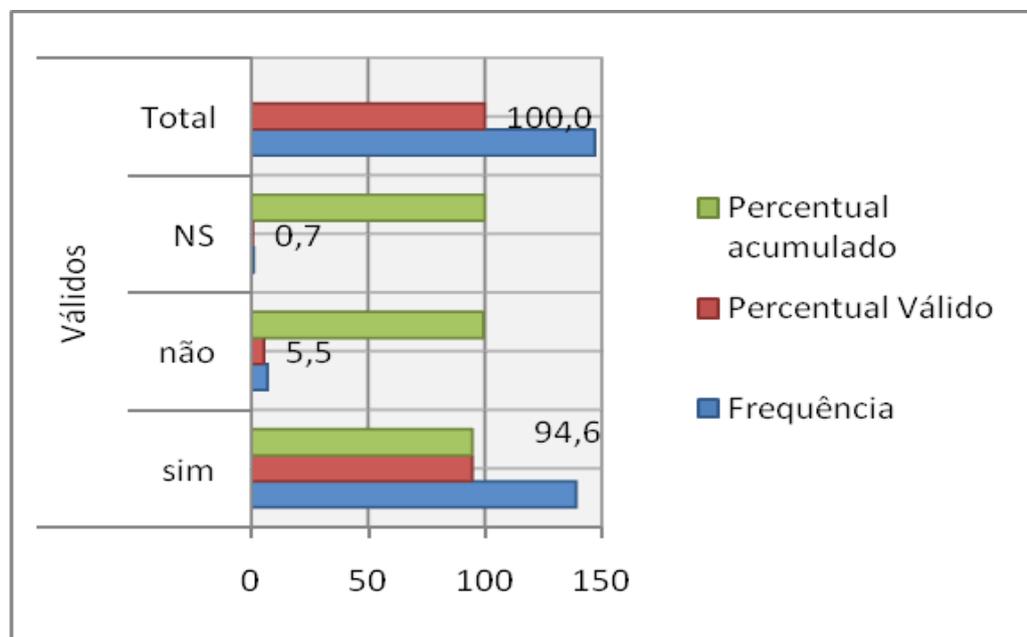
Os resultados apresentados na seção anterior demonstraram que a relação entre entidades e ACS não é um fator decisivo para o fortalecimento dos vínculos sociais entre as unidades de saúde do distrito sanitário IV da cidade do Recife com as associações, muito embora a concretização desse tipo de relação seja uma das premissas chaves para o bom andamento do sistema de saúde, como também para consecução das idéias preconizadas pela reforma sanitária brasileira. Entretanto, se por um lado a hipótese inicial de pesquisa não se confirmou, quando apontou que a relação estreita entre esses atores significaria um avanço para o conjunto das práticas em saúde, por outro lado, a partir da análise das entrevistas e dos dados quantitativos, percebeu-se que os vínculos firmados entre os ACS para a realização de

suas atividades demonstraram ser bem mais sólidos quando estas interações ocorriam a partir do contato direto com outras agentes.

Estas novas interações promovem, em tese, a construção de novos círculos sociais que estruturam novas redes que atuam enquanto mecanismos que ligam indivíduos a novas possibilidades de interação social (FONTES, 2004). A atuação *multifacetada* dos ACS ganha relevo em novos espaços da vida social, voltados, por exemplo: ao lazer, à vida política da comunidade e a outras formas de participação, ocorrendo de dentro para fora do ambiente das unidades de saúde. Em torno de sua trajetória na saúde coletiva, mas não conectados pelos vínculos junto às entidades associativas enquanto educadoras sociais, mas num contexto de relações *face a face* que atuam enquanto “pontes” que servem de aportes para novos laços de sociabilidade e reforçam o estoque de capital social dessas agentes (*idem*, 2004).

Um exemplo do exposto pode ser verificado com a representação dos gráficos a seguir, que procuram demonstrar como na opinião dos ACS entrevistados se opera esse tipo de interação e quais os reflexos desses vínculos para a centralidade na atuação dos ACS.

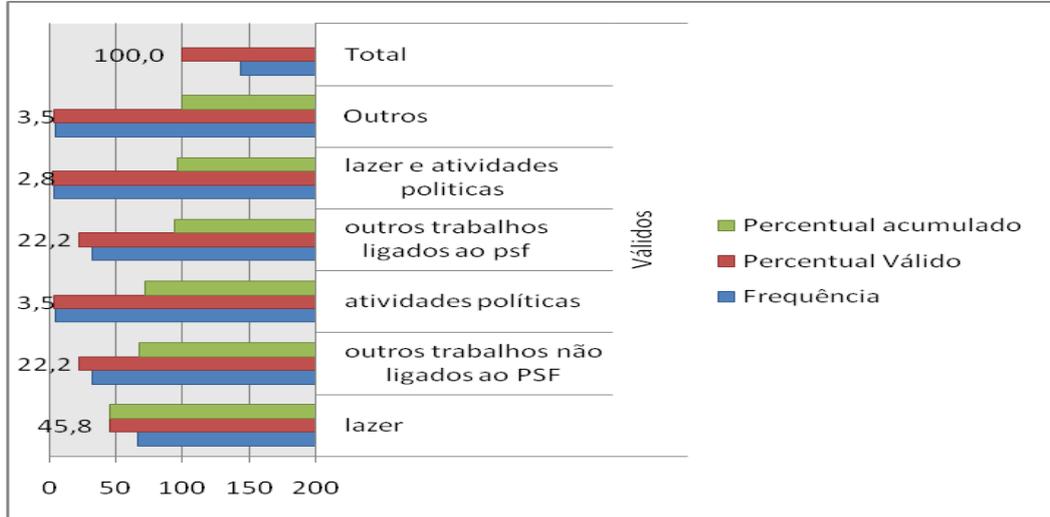
Gráfico 12 - Interação com outros ACS das USF na cidade do Recife



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007)

Em um novo cenário, podem-se verificar as instâncias da vida social nas quais os ACS se relacionam uns com os outros.

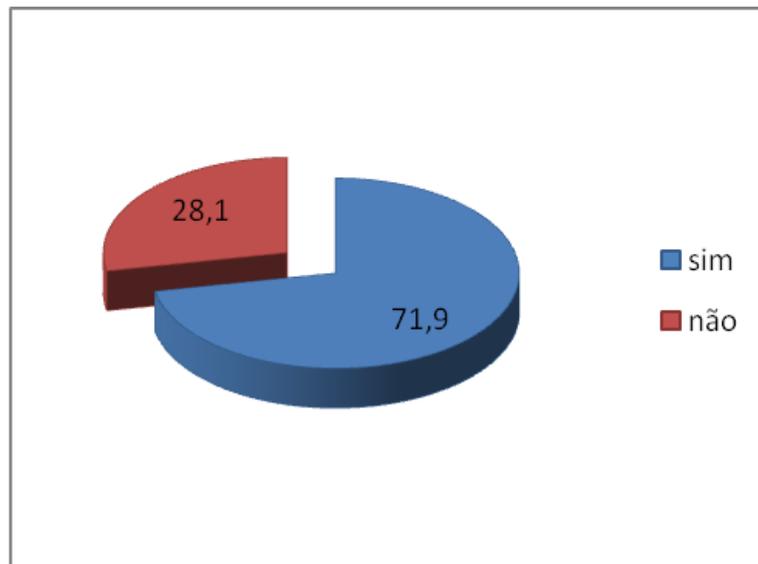
Gráfico 13 – Tipo de Interação existente entre os ACS na cidade do Recife



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Essas relações de interação se estendem para além das unidades no bairro, mas também se estabelecem na relação com outros ACS de outros distritos sanitários conforme indica o gráfico abaixo.

Gráfico 14- Interação com ACS de outros distritos da cidade do Recife



Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Nas situações assinaladas acima, foi demonstrado, através das indicações que foram feitas pelos ACS na aplicação dos questionários, que há um grande percentual de interação entre os ACS que trabalham na mesma unidade, bem como de outros distritos sanitários, na medida em que em ambos os casos essas agentes informaram que mantêm vínculos diretos com as demais colegas de trabalho em várias situações.

No mesmo sentido, constatou-se que com a apresentação da tabela que indica como os ACS “conheceram as associações que atuam em sua comunidade”, um forte componente de situações ligadas à amizade e a relação de trabalho. São circunstâncias que estão fortemente ancoradas no cotidiano de suas ações em saúde e lhe remetem a outros espaços de participação, no qual os indicadores apontam: amizade (23.78%); relação de trabalho (11.72%). Esses índices fortalecem a estruturação de meios interpessoais de transitar em outras redes sociais às quais dificilmente teriam acesso se não estivessem atuando no serviço de saúde.

Quadro 3 – A forma como os ACS conheceram as Associações Comunitárias

Índice de centralidade	ACS
Conheço um amigo que lá atua	23.78%
Através de alguém que frequenta a minha igreja	3.10%
Através de alguém que trabalha comigo	11.72%
Através de alguém da minha família	5.45%
Fui informado por anúncio ou por outra forma indireta (carro de som, propaganda, etc.)	5.45%
Entrei em contato por razões profissionais (convidado a partir de contato Institucional).	12.85%

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

A dupla inserção dos ACS na comunidade (enquanto moradoras e profissionais da saúde) traz muitos entraves na relação com a comunidade (vide segundo capítulo), mas lhe permitem igualmente maior fluidez para superar essas dificuldades ao firmarem alianças com os diversos setores da comunidade, como indica abaixo a fala de um dos gestores do programa que demonstra conhecer o poder de inserção dessas agentes em outros campos da vida comunitária:

Alguns agentes de saúde são lideranças comunitárias. Alguns têm parentes que são lideranças comunitárias e alguns têm poder de liderança comunitária. Têm algumas agentes que fazem parte das associações de mulheres, outras de associações mesmos, de orçamento participativo (...). São poucos os agentes que tem esse tipo de poder e essa capacidade de manipular. É uma minoria mesmo. Embora, de qualquer forma são pessoas que tem bastante influência (...). (GESTOR A.)

Essa “influência” contribui para aumentar o seu capital social com os outros membros da equipe e, por conseguinte, com os próprios moradores da comunidade, de modo que as portas estão sempre abertas para que ele possa transitar com maior facilidade, pois a experiência adquirida na saúde lhe confere um novo *status* diante da população.

Considerações Finais

Esta dissertação teve como principal objetivo analisar o modelo de atenção básica à saúde a partir da experiência promovida pelo Programa Saúde da Família (PSF) no distrito sanitário IV da cidade do Recife, ao procurar discutir os vínculos sociais estabelecidos pelos agentes comunitários (ACS) com usuários e associações que desenvolviam algum tipo de atividade junto as Unidades de Saúde da Família (USF).

Nesta perspectiva, este estudo procurou investigar se os vínculos estabelecidos pelos ACS eram importantes de fato para uma ação em saúde mais preventiva, ao apresentar a seguinte hipótese: H1- Quanto mais central é a associação (entidade que atua na comunidade) na estrutura de redes com os ACS, maiores seriam as chances de se estabelecerem vínculos sociais com a unidade de saúde e, por conseguinte, maiores seriam as possibilidades de atuação na comunidade.

Nesta direção, a participação desses grupos sociais (comunidade e associações) junto ao serviço de saúde contribuiria para uma ação mais preventiva, preconizada pelas diretrizes dos programas de humanização na saúde, cuja interação entre agentes, comunidade e associações significaria um fator decisivo para o bom andamento das políticas sanitárias. Portanto, a formação de vínculos sociais com a comunidade via representação nas associações, expressariam um maior vigor associativo para a avaliação e monitoramento dessas políticas de proteção social.

Para alcançar estes objetivos, do ponto de vista metodológico, este estudo procurou dialogar tanto com a metodologia quantitativa como qualitativa, a partir dos seguintes instrumentos de pesquisa: questionários, entrevistas (semi-dirigidas) e informações levantadas junto às instituições e bancos de dados em saúde, bem como adotou a perspectiva de redes visando identificar a centralidade na relação entre os ACS e associações. Com a utilização dessas metodologias, objetivou-se investigar com maior clareza o modelo de atenção básica a saúde a partir de um olhar sociológico acerca da experiência dos PSF no distrito sanitário IV da cidade do Recife.

Na primeira parte deste trabalho, procurou-se revisitar a temática da reforma sanitária no Brasil e as suas principais concepções teórico-metodológicas para adoção de um novo sistema de saúde. Buscamos dar um relevo especial à discussão sobre os limites e as possibilidades de tal reforma ser conduzida no sentido da adoção de uma política de atenção básica que contribuísse para integrar os diversos atores em torno de um processo societário.

Esta reforma tem como principal objetivo reduzir as iniquidades sociais e promover uma ação em saúde que possibilite melhores condições de vida ao conjunto dos indivíduos. Para tanto, foi realizada uma breve retrospectiva histórica do processo que norteou a reforma sanitária brasileira, como forma de compreender o contexto sob o qual foi desenvolvida essa política de proteção social.

Pode-se observar com a retomada ao tema “reforma sanitária” que a proposta do SUS constitucional (1988) significou um avanço para as demandas igualitárias em nosso país, pois incluiu na agenda pública os temas: cidadania e participação social como paradigmas para o debate teórico-metodológico nos estudos sociais, mas também foram elementos para o alargamento das práticas políticas dos movimentos sociais.

No entanto, como todo o processo de reforma, o SUS foi consequência de um grande embate político-ideológico entre forças antagônicas, em torno de “coalizões” que abarcavam diferentes atores (sociedade civil e a gestão pública) em diferentes contextos, com diferentes perspectivas, que objetivavam um conjunto de ações que promovessem a justiça social, a partir de políticas transversais que contassem com o apoio popular em fóruns e conferências, ora como meio de ampliar o controle social exercido pela sociedade civil, ora como forma de legitimar a adoção desse tipo de política pelo Estado, que devido ao baixo poder de fiscalização dos municípios e dos conselhos, tem orientado as formas de gestão e controle do planejamento da atenção básica.

Entretanto, o trabalho procurou demonstrar ao mesmo tempo que dois momentos foram basilares para a compreensão do desenvolvimento do SUS e para a adoção de políticas de humanização nos anos de 1990.

No primeiro momento, os artífices da reforma sanitária tinham em mente um conjunto de objetivos bem mais abrangentes e mais socializantes ao buscarem a (re) construção de um projeto social pela via da participação popular no setor sanitário, em torno de uma nova estrutura que preconizava uma reforma radical da organização social imersa numa esfera democrática, resultado de consensos provisórios para o desenvolvimento de uma prática de socialismo democrático. Mais do que uma ação sistêmica na saúde, os objetivos instituídos com a reforma sanitária visavam a reorganização do tecido social, diante da ausência de planejamento que historicamente caracterizou as ações do estado brasileiro na (des) atenção às demandas populacionais por prevenção e cuidado com a saúde.

Num segundo momento, o contexto socioeconômico em que o SUS fora implementado representou um importante entrave para o bom andamento dessa política de

proteção social, principalmente por conta das políticas macroeconômicas nos anos de 1990, período em que o SUS iniciou de fato suas ações em âmbito nacional, contribuindo para a redução dos investimentos nas áreas sociais, sobretudo na saúde pública, ao mitigar os avanços alcançados com o período constituinte em 1988. A justificativa dos gestores públicos para redução na destinação de recursos nas áreas sociais deveu-se a prioridade dada ao capital financeiro especulativo, em nome de *superávits* primários fiscais elevados e a redução contínua dos “gastos” públicos sociais.

Ao passo que, mesmo diante destes entraves, pode-se perceber com a temática da reforma sanitária que um dos méritos deste processo foi a percepção das disfunções no sistema de saúde precedente, cujo modelo era excludente e desigual com respeito às formas de acesso da população aos serviços de saúde. O SUS, ao contrário, buscou desenvolver um novo olhar para a seguridade social, ao unificar as ações de previdência, assistências e difundir o conceito de universalidade no cuidado aos indivíduos, como princípio basilar, visando o resgate da dívida social do Estado brasileiro com os grupos sociais que compunham o substrato social de nossa sociedade. Do mesmo modo, este novo sistema de saúde procurou aprofundar os princípios da humanização visando avançar nas políticas de atenção, prevenção e cuidado, como elemento de integração dos indivíduos à provisão de bens e serviços públicos no setor assistencial.

Nesse contexto, a saúde passa a ser interpretada como parte integrante de um complexo sistema com múltiplos determinantes sociais, ambientais e epidemiológicos, em contraposição ao modelo *biomédico* que, em nome da “objetividade” no processo curativo da população, isola as questões sociais e não contempla as dimensões do campo *biopsicossocial* dos indivíduos.

Outro fator igualmente importante levantado pela reforma foi à inclusão do território enquanto espaço para a formação dos vínculos sociais entre indivíduos e suas entidades representativas, que juntos integrariam redes sociais constituídas a partir de suas sociabilidades primárias e secundárias.

Neste aspecto, observamos que o território fora identificado como *locus* de um grande projeto de humanização que buscou, mediante estratégias de integralidade, reorganizar a atenção à saúde a partir do investimento em unidades locais de atendimento que significassem tanto *a porta de entrada* ao sistema público, como também representassem “terminais inteligentes” que articulariam os sistemas territoriais e gerenciais em torno de uma maior

relação dos indivíduos com o seu meio ambiente, ao proporcionarem melhores condições de vida e saúde aos comunitários.

Na segunda parte deste trabalho, procuramos abordar os conceitos teórico-metodológicos enfatizados no início deste trabalho, ao investigar empiricamente a experiência do Programa Saúde da Família (PSF), por ser este o programa de maior visibilidade na atenção primária e maior cobertura na provisão de atendimento aos indivíduos.

O PSF iniciou suas atividades em 1994 num contexto de racionalização e restrição de recursos na esfera da saúde pública, onde havia a diminuição do papel do estado como principal agente do desenvolvimento social, o que fez com que esse programa fosse visto com desconfiança e associado a uma experiência *pobre* para os *pobres*, devido a sua baixa complexidade, pois não necessitaria de um grande fluxo de capital financeiro e de recursos humanos para adoção dessa política de atenção básica.

Por outro lado, esse programa contrariou interesses privatizantes e a escassez de recursos públicos como fora citado, ao apresentar resultados exitosos para a redução da iniquidades sociais, ao contribuir nacionalmente em campanhas de vacinação e prevenção as doenças. Trata-se de uma iniciativa inovadora no campo da saúde pública, pois reúne os espaços sociais onde os indivíduos habitam com uma estrutura burocrática reduzida, fundamentalmente composta por uma equipe médica, auxiliares e ACS, ao contrário do sistema hospitalar que demanda uma maior quantidade de investimentos, profissionais e intervenções médicas, por isso o seu custo de manutenção é proibitivo.

Porém, nos últimos anos, houve uma crescente demanda por atendimento médico nas Unidades de Saúde da Família, em decorrência do agravamento das questões sanitárias nos territórios, o que veio a sobrecarregar as atividades das agentes comunitárias nas USF, ocasionando uma redução significativa no número de visitas domiciliares pela rede de atenção básica as famílias, bem como o impacto desse novo contexto distanciou o contato direto entre o serviço de saúde e as entidades associativas. Desse modo, a busca constante por atendimento ambulatorial nessas USF influenciou a forma de atuação das equipes de saúde, em que as ações preventivas perderam espaço, em nome de um perfil de trabalho mais técnico, mais burocratizado e, sobretudo, concentrado na marcação de consultas e no preenchimento de prontuários médicos.

De acordo com os relatos dos ACS, a cultura por atendimento ambulatorial tem criado sérias dificuldades para a realização do trabalho nas USF, visto que o caráter *híbrido* e *polifônico* de sua atuação têm lhes distanciado do trabalho preventivo na saúde, no qual, para

os comunitários, o utilitarismo via marcação de consultas torna-se a forma mais corriqueira de resolver as suas questões sanitárias.

Nesse sentido, a pesquisa teve como um dos desafios aprofundar a discussão acerca desses descaminhos no interior da organização, dedicando-se à investigação dos impactos que esse tipo de situação acarreta para a experiência na saúde, ao chamar a atenção para os desafios que se impõem nesta política de proteção social, sobretudo no que diz respeito à necessidade de se instituírem novas formas de avaliação e monitoramento do serviço de saúde junto às comunidades.

Em contrapartida, a pesquisa constatou que, se as limitações do dia-a-dia nas USF dificultaram a vida dos ACS para a formação de vínculos com a representação comunitária e na orientação as famílias, lhe proporcionaram igualmente novas possibilidades a partir da experiência adquirida com a função, fazendo com que estas intensificassem os seus laços sociais resultantes de um grande número de relações que são estabelecidas durante a sua trajetória na saúde, visando superar os entraves que o sistema de saúde e a organização da comunidade lhe impõem, ao formarem novos círculos sociais com as demais agentes, em outras esferas de sociabilidade que extrapolam a atuação na saúde, fortalecendo vínculos de amizade, pertencimento e aprendizado mútuo, como indicaram os resultados apresentados pela pesquisa.

Sendo assim, constatou-se que o fator decisivo para a formação de vínculos sociais junto à comunidade não está ancorado na relação entre os ACS e entidades associativas que compõem o modo de vida organizativo das comunidades, mas na interação entre os ACS, que juntos constituem novos processos de participação em outras esferas da vida social (lazer, atividades políticas e atividades na saúde) como alternativa para superar as dificuldades ocasionadas pela complexidade que envolve as ações sanitárias.

A formação desses novos círculos sociais entre os ACS funcionam como meios de alavancar estratégias que auxiliem os ACS a transitarem de diferentes formas na comunidade, a partir do “prestígio” adquirido com a sua atividade, de modo que estes consigam realizar o seu trabalho mesmo não dispondo do auxílio necessário de outras esferas de participação existentes na comunidade. Portanto, o elemento relacional, (re)aparece como incremento para a visualização do desenvolvimento de uma cultura cívica de cuidado mais amplo, mais humanizado, que desvela uma intenção alargada de mobilização da participação popular na organização e no planejamento das ações de proteção social.

Deste modo, é importante superar os entraves socioculturais promovidos pela via da ação pública e popular, que não percebem a importância da dimensão relacional ao propor um novo olhar que permita a adoção de uma lógica de ação que compreenda, a partir da relação dos indivíduos com o território, o meio ambiente adequado para formação de redes sociais, onde se estruturam os laços familiares, de amizade e de pertencimento, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos sociais e para o empoderamento da população no exercício dos programas sociais, como também passe a considerar a interação social (entre os ACS e a população), como fator preponderante para (re)formulação de políticas de proteção social que respondam de fato às demandas societárias, constituindo-se numa “variável-chave” para o desenvolvimento das políticas em saúde.

Referências Bibliográficas

AROUCA, A.S. **O Dilema Preventista**: uma contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de Doutorado, São Paulo; Campinas, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 1975.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3), p. 401-412, 2002.

BORDOGNA, Maratognetti. Salud y servicios territoriales. In: DONATI, Pierpaolo. **Manual de sociologia de la salud**. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, 1994.

BOURDIEU, Pierre. **O capital social**: notas provisórias. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

BRASIL. IBGE (2001). Fecundidade. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen> Acesso em: 20 de outubro de 2009.

BRASIL **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº. 1/92 a 46/2005- Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 2005a, 437p, 1988.

BRASIL. IPEA. **O Mapa da fome**: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar. Anna Maria T. Medeiros Peliano (coord.) 25p. Gráfs, mapas, tabs. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família (PSF)**. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001 c.

BRASIL. DATASUS/Ministério da Saúde. **Pacto de Indicadores de Atenção Básica**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2004/pacmap.htm> Acesso em: 14 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Sistema Único de Segurança Pública (SUSP)**. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/data/Page/.htm>. Acessado em: 12 de novembro de 2009. Acesso em: 12 de novembro de 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Responsabilidades das Esferas Gestoras em Atenção Básica**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica>. Acesso em: 12 de novembro de 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2005b. **O que é o PSF** <www.saude.gov.br>

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol. 8, n.2, pp. 569-584, 2003. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, Edmundo (org.). **Sociologia da Burocracia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

COHN, Amélia (et al). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro: Vozes, 1981.

DEGENNE, A. & Forsé, M. **Les reseaux sociaux: une analyse structurale en sociologie**. Paris: Armand Colin, 1994.

DONATI, Pierpaolo. **Manual de sociologia de la salud**. Madrid, Ediciones Diaz de Santos, 1994.

DORNELAS, M. A. (2007) Capital Social, Clientelismo e Política: um estudo sobre as redes associativas no PSF. Recife: UFPE, (Dissertação de Mestrado).

DURKHEIM, Emile. **El Suicidio**. Estúdio de Sociologia. Buenos Aires: Amorrortu, 1971.

ELIAS, Norbert. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ELSTER, J. Justice Local: How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens? New York: Russell Sage Foundation. In: **SENNA**, Mônica de Castro Maia, (2002). **Eqüidade e política de saúde**: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família, 1992.

FERNANDES, Florestan. Ciência e Sociedade na Evolução do Brasil. In: **A Sociologia no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

FLEURY, Sonia (2009). Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):743-752. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php>.

FONTES, Breno; MARTINS, Paulo Henrique (org.). **Redes, Práticas Associativas e Gestão Pública**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. **Redes Sociais e Saúde**: Sobre a Formação de Redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. N. 26 Abril de 2007- p. 87-104. Disponível em: <http://www.nucleodecidadania.org/nucleo/> Acesso em: 30 de julho de 2008.

FONTES, Breno; MARTINS, Paulo Henrique. **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004.

FONTES, B.A.S. M.; STELZIG, S (2007). **Sobre trajetórias de sociabilidade:** a idéia de relé social enquanto mecanismo criador de novas redes sociais. Disponível em: http://revista-redes.rediris.es/webredes/novedades/breno_sabina.pdf. Acesso em: 28 de fevereiro de 2010.

GIDDENS, A. **As idéias de Durkheim**. São Paulo: Cultrix, 1978.

GIROTI, S. K. O.; NUNES, E. F. P. A.; RAMOS, M. L. R. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun., 2008.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. **Reception and Attachment:** integral practies in health care administration in large urbane centers. *Interface-Communist*, Rio de Janeiro, Educ. v. 9, n.17, p.287-301, mar/ago, 2005.

HANNEMAN, Robert A.; RIDDLE, Mark. **Introduction to social network methods**. Riverside, CA: University of Califórnia, Riverside, 2005.

JARDIM, T.A.; LANCMAN. **Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade:** a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.28, p.123-35, jan./mar, 2009.

LACERDA, A.; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. **Espaços públicos e saúde:** a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social. In: Paulo Henrique Martins; Roberta Bivar C. Campos. (org.). *Polifonia do Dom*. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, v. 1, p. 311-332, 2006.

MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Revista Ciênc. Saúde Coletiva*, n. 2, v. 8, p.403-415, 2003.

MARTINS, Paulo Henrique N. de Albuquerque ; FONTES, Breno Augusto Souto Maior ; MATOS, Aécio Marcos Gomes ; FONTE, Eliane Maria Monteiro ; SILVEIRA, P. H. M. ; BARBOSA DE LIMA, Jorge Alexandro, LIMA, Rogério Alves et al. (2007). *Redes Sociais e Saúde Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; Homepage: www.nucleodecidadania.org; Finalidade: Relatório final de pesquisa submetido ao Ministério da Saúde/CNPq; Disponibilidade: Irrestrita; Duração do evento: 24; N° páginas: 234; Cidade: Recife; Inst. Promotora / financiadora: Ministério da Saúde/CNPq.*

MARTINS, Paulo Henrique; CAMPOS, Roberta Bivar C. (org.). **Polifonia do Dom**. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, v. 1, 2006.

MEDINA, Fernando. **Consideraciones sobre el índice de Gini para medir la concentración del ingreso**. CEPAL, Santiago de Chile, 2001.

MEIRELES, Ana Catarina P. R (2004). Alma-Ata e Ottawa – **As Conferências entre as Conferências**. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos913/alma-ata-ottawa/alma-ata-ottawa.shtml> . Acesso em: 07/06/2009.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Revista Ciênc. saúde coletiva**;14(3):841-850, maio/jun., 2009.

MARTELETO, R.. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, Brasil, 30, jun. 2001. Disponível em: <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/226/201>. Acesso em: 28 Abr. 2010.

MERCKLÉ, Pierre. **Sociologie des réseaux sociaux**. Paris: La Decouverte, 2004.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a Sociologia da Saúde: origens e desenvolvimento**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007.

NUNES, Mônica de Oliveira (et al). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (6), p.1639-1646, nov./dez, 2002.

_____ Análise de alguns modelos utilizados no ensino das Ciências Sociais nas escolas médicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.12, p. 506-515, 1978.

_____ A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral. **Revista Ciênc. saúde coletiva**, v.8, n.1, p.79-95. 2003. ISSN 1413-8123

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, Suíça, 1948.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [4], p. 625-644, 2008.

PARSONS, Talcott. **The social system**. Glencoe Ill.: The Free Press, 1951.

PHILIPPE Adam; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da Doença e da Medicina**. Bauru, SP: EDUSP, 2001.

PORCU, Sebastiano. El distrito sócio-sanitario como subsistema funcionalmente diferenciado. In: DONATI, Pierpaolo. **Manual de sociologia de la salud**. Madrid: Ed. Diaz de Santos, 1994.

PORTUGAL, Sílvia. Quanto vale o Capital Social? O papel das Redes Informais na Provisão de Recursos. In: FONTES, Breno A. S. M (Org.), MARTINS, Paulo H; **Redes, Práticas Associativas e Gestão Pública**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

_____ **Contributos para uma discussão sobre o conceito de rede na teoria sociológica**. Portugal: Faculdade de Economia e Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, 2007.

RECIFE. Prefeitura, et al. Desenvolvimento Humano no Recife: atlas municipal. Recife, 2005 (CD-ROM)

SANTOS W. Cidadania e justiça. Rio de Janeiro: Campus; 1979. In: FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): 743-752 2009.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Equidade e política de saúde: *algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família*. **Cad. Saúde Pública**, vol.18 supl, p.203-211. Sistema social e cultural. Ed. UNB, DF-Brasília, 2002.

SCOTT, R. P. Prevenção e poder na transformação dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS) em programas de saúde da família (PSF). In: Carlos Caroso (Org.); Naomar de Almeida Filho, Cláudia Miranda Sousa. (org.). **Cultura, tecnologias em saúde e medicina: perspectiva antropológica**. Salvador: EDUFBA, v. 1, 2008. p. 259-268.

SIMMEL, Georg. **Sociabilidade**. Um exemplo da sociologia pura ou formal. In: MORAES, E. (org.), *Sociologia: Simmel*, São Paulo, Ática, 1993.

TEIXEIRA, Alex Niche; BECKER, Fernando (2001). **Novas possibilidades da pesquisa qualitativa via sistemas CAQDAS**. Sociologias, Porto Alegre, n. 5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517->. Acesso em: 1º de julho de 2008.

TRAD, L. A. B. **Redes sociais nos estudos em saúde: Temáticas e enfoques teórico-metodológicos**". XIV Congresso Brasileiro de Sociologia (SBS)-SOCIOLOGIA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS, Rio de Janeiro, 2009.

WASSERMAN, S.;FAUST,K.**Social network analysis: methods and applications**.Cambridge: Cambridge University, 1994.

WEBER, Max. In: **Sociologia da Burocracia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.

_____ GERTH, H., MILLS, Wright, C. (org.). **Ensaio de Sociologia**.5ed. Rio de Janeiro: LTC, 2002. 325p.

ANEXOS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 257/2005-CEP/CCS

Recife, 07 de novembro de 2005

FR – 067582
CAAE – 1366.0.002.000-05 (Grupo III)
PROTOCOLO N.º 262/005-CEP/CCS/UFPE

TÍTULO: REDES SOCIAIS E SAÚDE

Senhor Pesquisador,

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe aprovando-o em 14 de setembro de 2005.

Obs.: O pesquisador deverá apresentar relatório semestral.

Atenciosamente,



 **Geraldo Bosco Lindoso Couto**
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

Ao
Prof. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque
Programa de Pós-graduação em de Sociologia

QUESTIONÁRIO AGENTES DE SAÚDE				
Nº Entrevistador:		Data:		Duração:
R	Q			
	1	Questionário		
	2	Cidade: (1) Recife, (2) Fortaleza , (3) São Paulo, (4) Porto Alegre		
	3	Nome do Entrevistado:		
	4	Distrito Sanitário:		
	5	Localização onde atua o PSF:		
1 - Dados Sócio-Econômicos do Entrevistado				
	6	Sexo: (1) Masculino		(2) Feminino
	7	Idade (em anos completos)		
	8	Nível Educacional - Ver tabela		
	9	Situação Conjugal - Ver tabela		
	10	Religião- Ver tabela		
	11	Tempo de atuação como agente de saúde(em anos):		
	12	Ocupação Anterior (especificar)		
	13	Tem outra ocupação (1) Sim, (2) Não (pular para a questão 14)		
	14	Se sim, especificar:		
	15	Renda(individual):		
	16	Tempo de Residência na comunidade(especifique):		
Qual o nível de confiança que você deposita nas instituições abaixo relacionadas? (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4)pouca, (5) nenhuma				
	17	Família		25 Justiça
	18	Igreja		26 Governo Federal e Estadual
	19	Sistema Educacional		27 Prefeitura
	20	Sistema de Saúde		28 Polícia
	21	Associação Comunitária		29 Exército
	22	ONGs que trabalham no bairro		30 Televisão
	23	Sindicatos		31 Jornal
	24	Partidos Políticos		32 Outro:
Relacione por ordem de importância as 3 maiores qualidades do PSF				
	33	1	1. Gratuidade do atendimento	5. Atendimento preventivo
	34	2	2. Calor humano no atendimento	6. Fácil acesso aos postos e hospitais
	35	3	3. Competência dos profissionais	7. Outro
			4. Gratuidade dos medicamentos	8. Outro:
Relacione por ordem de importância os 3 piores defeitos do PSF?				
	36	1	1, Dificuldade de atendimento	5. Falta de programas preventivos
	37	2	2. Falta de atenção dos profissionais	6. Dificil acesso aos postos
	38	3	3. Incompetência dos profissionais	7. Dificil acesso aos hospitais
			4. Dificuldade para obter medicamentos	8. Outro:
2. Opiniões do Entrevistado sobre a sua profissão e sobre a sua idéia de saúde				

Cite cinco palavras que vêm à sua cabeça quando ouve a palavra saúde:			
	39	palav1	
	40	palav2	
	41	palav3	
	42	palav4	
	43	palav5	
	44	Qual o seu grau de satisfação no exercício de sua função como agente de saúde da família (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4) pouco, (5) nenhuma	
No exercício de sua profissão, qual o seu grau de satisfação em relação aos seguintes itens: (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4) pouco, (5) nenhuma			
	45	Salário	
	46	Relação de trabalho com a equipe médica	
	47	Número de família a atender	
	48	Reconhecimento da comunidade	
	49	Reconhecimento pela equipe de saúde	
	50	Burocracia	
	51	Condições de trabalho	
	52	Estabilidade profissional	
	53	Qualificação Profissional	
	54	Possibilidade de ascensão profissional	
	55	Encaminhamentos atuais para a regulamentação da profissão	
Na sua opinião qual o nível de importância que a comunidade atribui ao exercício da sua função em relação aos itens seguintes? (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4) pouco, (5) nenhuma			
	56	Promove a melhoria da saúde	
	57	Ajuda na prevenção de doenças	
	58	Possibilita a inclusão social	
	59	Orienta sobre cuidados com doenças	
	60	Outros:	
Indique as principais vantagens do PSF em relação a outros programas de atendimento à saúde, no que se refere aos itens abaixo (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4) pouco, (5) nenhuma			
	61	Contato direto com as famílias	
	62	Atendimento mais próximo à comunidade	
	63	Acolhimento e envolvimento dos profissionais da saúde	
	64	Promoção de saúde	
	65	Facilidade de Acesso	
Na sua avaliação, qual a importância que a ajuda do ACS tem em relação a cada uma das situações relacionadas a seguir? (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4) pouca, (5) nenhuma			
	66	Campanha educativa	71 Higiene: lixo, água

	67	Vacinação, nutrição e outras prevenções		72	Marcação de consulta
	68	Saúde feminina		73	Orientação sexual
	69	Saúde masculina		74	Saúde dos idosos
	70	Saúde infantil		75	Outro:
Indique o tipo de tratamento ou orientação que sua família recorre em caso de doença, por grau de importância: (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4) pouca, (5) nenhuma					
	76	Tratamento indicado pelo médico		80	Remédios caseiros
	77	Remédios indicados na farmácia		81	Rezas, bênçãos e passes
	78	Conselho de familiares e vizinhos		82	Conselhos de padres e pastores
	79	Auto-medicação		83	Outro:
	84	Com que frequência o senhor(a) realiza visita domésticas? (1) ocasionalmente, sem regularidade, (2) uma vez a cada 2 meses, (3) mensal, (4) quinzenal, (5) semanal			
Ordene até cinco casos por grau de importância de grupos de pessoas da família para a atenção dos serviços do ACS.					
	85	1	1 - Homens idosos (acima de 60 anos)	5 - Adolescentes masculinos (entre 10 a 19 anos)	
	86	2	2 - Mulheres idosas (acima de 60 anos)	6 - Adolescentes femininos (entre 10 e 19 anos)	
	87	3	3 - Homens adultos (entre 20 e 59 anos)	7 - Crianças de 1 a 9 anos	
	88	4	4 - Mulheres adultas (entre 20 e 59 anos)	8 - Crianças menores de 1 ano	
	89	5			
Sobre o trabalho do agente comunitário de saúde na prevenção e cuidados com doenças					
	90	Você já trabalhou com a comunidade em campanhas de prevenção às doenças? (1) Sim {resp. todas}, (2) Não {pular para 92}			
	91	Sim - Indicar a mais recente			
Cite as três principais atividades que você desenvolve voltadas a prevenção e combate às doenças.					
	92	1º	1 - Visita as famílias	5 - Orientação sobre prevenção	
	93	2º	2 - Encaminhamentos para serviço de saúde	6 - Marcação de consulta	
	94	3º	3 - Divulgação da Campanha	7 - Outro:	
			4 - Orientação sobre os cuidados com os pacientes	8 - Outro:	
	95	Em sua opinião, as pessoas estão bem informadas sobre como se prevenir contra doenças? (1) sim, (2) mais ou menos, (3) não			
	96	Na sua opinião, há uma prática sobre a importância de se prevenir? (1) sim, (2) mais ou menos, (3) não			

	97	Você recebeu treinamento para trabalhar com questões ligadas a doenças? (1) sim, (2) não - {pular para 99},		
	98	Se recebeu treinamento, você achou que este treinamento lhe deu informações suficientes para lidar com a atenção a pessoas com estas doenças? (1) Sim, (2) em parte, (3) não		
Relação do PSF com organizações sociais				
	99	Você recebe (ou já recebeu) colaboração de ONGs e associações na realização de seu trabalho? (1) SIM, (2) NÃO (Pular para questão 106)		
Qual a importância dos seguintes tipos de trabalho que vocês realizam em conjunto? (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4)pouca, (5) nenhuma				
100	Divulgação de campanhas		103	Formação de Grupos
101	Reunião com moradores		104	Orientações
102	Capacitação		105	Outros:
Qual é (ou seria) a importância das ONGs e Associações, no que diz respeito aos seguintes aspectos: (1) muito grande, (2) grande, (3) mais ou menos, (4)pouca, (5) nenhuma				
	106	União da Comunidade	110	Divulgação dos trabalhos do PSF junto à comunidade
	107	Fortalecimento da Comunidade	111	Desenvolvimento comunitário
	108	Conscientização da comunidade	112	Outros:
	109	Promoção da Saúde	113	Outros:
	114	Você interage com outros agentes de saúde de sua Unidade de Saúde? (1) SIM (2) NÃO (pular para 116)		
	115	Que tipo de interação existe? (1) lazer, (2) outros trabalhos não ligados ao PSF, (3) Atividades políticas, (4) outros trabalhos com o PSF, (5) Outros:		
	116	Você interage com outros agentes de saúde de outras Unidades ou Distritos Sanitários? (1)SIM, (2) NÃO (próxima questão N.A)		
	117	Que tipo de interação existe? (1) lazer, (2) outros trabalhos não ligados ao PSF, (3) Atividades políticas, (4) outros trabalhos com o PSF, (5) Outros:		
Redes				
1 - Liste até nove ONGs ou Associações que atuam na comunidade que você conheça				
Nome da Instituição				Tipo de Entidade
1(ong1)				
2(ong2)				
3(ong3)				
4(ong4)				
5(ong5)				

QUESTIONÁRIO FAMÍLIA

Entrevistador:	Data:	Duração:
Nome do Entrevistado:		
Unidade de saúde:	ACS responsável:	

	1	Número do questionário			
	2	Cidade: (1) Recife; (2) Fortaleza; (3) São Paulo; (4) Porto Alegre			
	3	Número de ordem do informante no quadro 1			
	4	Quantas famílias moram neste imóvel, incluindo sua família?			
	5	Qual o total de pessoas destas famílias, incluindo sua família?			
	6	Chefe de família natural de: (1) RM; (2) Estado; (3) NE; (4) Sudeste (5) Sul (6) Outra região do Brasil; (5) Outro país. _____			
	7	Tempo que mora no bairro: 1) menos de 1 ano; 2) entre 1 e 5 anos; 3) mais de 5 anos			
	8	Natureza da união atual do chefe: (1) Casamento civil e religioso; (2) só casamento civil; (3) só casamento religioso; (4) união consensual; (5) não tem companheiro; (6) outro:			
	9	Natureza de união anterior do chefe: (1) Casamento civil e religioso; (2) só casamento civil; (3) só casamento religioso; (4) união consensual; (5) não teve (6) Outro:			
	10	Número de filhos de uniões anteriores			
	11	Situação dos filhos de uniões anteriores: (1) Todos neste domicílio; (2) todos em outros domicílios; (3) Parte neste e parte em outros domicílios			
	12	Qual a sua Religião? (1) Sem religião; (2) Espírita; (3) Católico praticante; (4) Católico não praticante; (5) Protestante; (6) Evangélico; (7) Afro-Brasileira; (8) Outro:			
	13	Outros membros adultos da sua família frequentam religião diferente da sua? Se sim, informar a com maior número de adeptos. (1) não; (2) Espírita; (3) Católico praticante; (4) Católico não praticante; (5) Protestante; (6) Evangélico; (7) Afro-Brasileira; (8) Outro:			
Você ou alguém da sua família participa das organizações e associações abaixo relacionadas: (1) não; (2) ocasionalmente; (3) só nos momentos mais importantes; (4) regularmente; (5) participa na coordenação.					
	14	Organizações religiosas		19	Associação esportiva
	15	Sindicato		20	Grupos música, teatro, pintura,...
	16	Partido político		21	Grupos de jovens
	17	Associações de moradores ou comunitárias		22	Grupos de mulheres
	18	Cooperativas		23	ONG:
Se não participa, pule para questão seguinte. Qual a importância das razões abaixo relacionadas para a participação de sua família nas organizações e associações do seu bairro? (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma					
	24	Mais fácil para conseguir casa própria		30	Tenho amizade com coordenadores
	25	Facilita acesso ao PSF		31	Tenho admiração pelos líderes
	26	Garante o acesso à escola do bairro		32	Relacionamento pessoas importantes
	27	Facilita o acesso à creche do bairro		33	Combater os atuais coordenadores
	28	Possibilita acesso a linhas de crédito		34	Solidariedade comunitária
	29	Oportunidade de conseguir emprego		35	Outro:
Qual o seu nível de satisfação com as seguintes instituições ou serviços do seu bairro? (1) muito grande; (2) grande (3) mais ou menos; (4) pouco; (5) nenhuma.					
	36	Escola		41	Esgotamento sanitário
	37	Igreja		42	Recolhimento do lixo

	38	Unidade de saúde		43	Transporte coletivo
	39	Conservação das ruas e praças		44	Bolsa família e outras
	40	Serviço policial		45	Outro:
Qual a importância das atividades ou espaços abaixo para a convivência com a comunidade do bairro? (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.					
	46	Festa de família		55	Grupos temáticos do PSF
	47	Festas ou atividades religiosas		56	Reuniões do CAPS
	48	Outras festas do bairro		57	Associações do bairro
	49	Eventos ou festividades escolares		58	Reuniões da igreja
	50	Atividades da família na escola		59	Convivência nas ruas e praças
	51	Campos de futebol e outros		60	Centros sociais
	52	Clubes		61	ONG:
	53	Bares		62	Feira
	54	Outro:		63	Outro:
Qual a importância dos fatores abaixo listados para a determinação de sua qualidade de vida? (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.					
	64	Família		70	Religião
	65	Amigos		71	Política
	66	Vizinhos		72	Segurança
	67	Trabalho		73	Saúde
	68	Escola ou outras atividades diárias		74	Lazer
	69	Serviços comunitários		75	Dinheiro
Qual o nível de confiança que você deposita nas instituições abaixo relacionadas? (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.					
	76	Família		84	Justiça
	77	Igreja		85	Governos Federal e Estadual
	78	Sistema educacional		86	Prefeitura
	79	Sistema de saúde		87	Polícia
	80	Associação comunitária		88	Exército
	81	Ongs que trabalham no bairro		89	Televisão
	82	Sindicatos		90	Jornal
	83	Partidos políticos		91	Outro:
	92	O domicílio onde mora é: (1) Próprio já pago, (2) Próprio ainda pagando, (3) Alugado, (4) Cedido por empregador, (5) Cedido de outra forma, (6) outra:			
	93	Qual a participação das despesas com saúde na renda familiar? (1) abaixo de 10%; (2) entre 10 e 20%; (3) entre 20 e 30%; (4) acima de 30%			
Relacione por ordem de importância as três maiores qualidades do PSF					
	94	1 ^a	1. Gratuidade do atendimento	5. Atendimento preventivo	
	95	2 ^a	2. Calor humano do atendimento	6. Fácil acesso aos postos e hospitais	
	96	3 ^a	3. Competência dos profissionais	7. outro:	
			4. Gratuidade dos medicamentos	8. outro:	
Relacione por ordem de importância os três piores defeitos do PSF					
	97	1 ^o	1. Dificuldade de atendimento	5. Falta de programas preventivos	
	98	2 ^a	2. Falta de atenção dos profissionais	6. Dificil acesso aos postos e hospitais	
	99	3 ^a	3. Incompetência dos profissionais	7. outro:	
	100		4. Dificuldade para obter os medicamentos	8. outro:	

Indique os tipos de tratamentos ou orientação que sua família recorre em caso de doença, por grau de importância: (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.					
	101	Tratamento indicado pelo médico		105	Remédios caseiros
	102	Remédios indicados nas farmácias		106	Rezas, bênçãos e passes
	103	Conselhos de familiares e vizinhos		107	Conselhos de padres e pastores
	104	Auto-medicação		108	Outro:
Na sua opinião, qual a importância do trabalho do ACS para a comunidade no que se refere aos seguintes itens: (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma					
	109	Promove a melhoria da saúde		112	Orienta sobre os cuidados com a doença
	110	Ajuda na prevenção de doenças			
	111	Possibilita a inclusão social		113	Outros:
Na sua avaliação, qual a importância que a ajuda do ACS tem com relação a cada uma das situações relacionadas a seguir? (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.					
	114	Campanha Educativa		120	Higiene: lixo, água,
	115	Vacinação, nutrição e outras prevenções.		121	Marcação de consulta
	116	Saúde feminina		122	Orientação Sexual
	117	Saúde masculina		123	Saúde dos idosos
	118	Saúde infantil		124	Outro:
	119	Frequência que o ASC visita a sua casa: (1) ocasionalmente, sem regularidade; (2) uma vez cada dois meses; (3) mensal; (4) quinzenal; (5) semanal.			
Ordene, até cinco casos, por grau de importância que os ACS realizam nas visitas domésticas para as seguintes pessoas da família.					
	125	1ª	1. Homens idosos (acima de 60 anos)*		
	126	2ª	2. Mulheres idosas (acima de 60 anos)*		
	127	3ª	3. Homens adultos (entre 20 e 59 anos)		
	128	4ª	4. Mulheres adultas (entre 20 e 59 anos)		
	129	5ª	5. Adolescentes masculinos (entre 10 a 19 anos)		
			6. Adolescentes femininos (entre 10 e 19 anos)		
			7. Crianças de 1 até 9 anos		
			8. Crianças menores de 1 ano		
Quantas pessoas de sua família participam dos grupos temáticos relacionados a seguir?					
	130	Hipertensos		134	Adolescentes
	131	Obesos		135	Mães
	132	Diabéticos		136	Gestantes
	133	Idosos		137	Outro:
Qual a sua avaliação do ACS para os indicadores abaixo descritos: (1) ótimo; (2) bom; (3) mais ou menos; (4) ruim; (5) péssimo.					
	138	Regularidade das visitas		141	Presença constante na comunidade
	139	Simpatia e amizade		142	Tratamento igualitário a todos
	140	Compromisso c/ a saúde da comunidade		143	Facilidade de relacionamento
	144	Avalie agora o trabalho de ACS com relação à sua família? (1) muito satisfatório (2) satisfatório; (3) mais ou menos; (4) insatisfatório; (5). muito insatisfatório; Por quê?			
Importância dos motivos abaixo para essa família morar no mesmo domicílio: (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.					

	145	Amizade e amor		149	Renda insuficiente
	146	Relações de sangue		150	Desemprego
	147	Já está habituado		151	Obrigação religiosa
	148	Não tem para onde ir		152	Outra:
Importância dos conflitos relacionados abaixo, nas rela�es familiares deste domicílio: (1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.					
	153	Desempregado, não dá dinheiro em casa.		159	Diferença de nível cultural
	154	Falta de respeito aos mais velhos		160	Brigas de homem e mulher
	155	Egoísmo e mesquinhas		161	Outro:
	156	Falta de respeito às regras da casa		162	Outro:
	157	Falta de solidariedade		163	Outro:
	158	Preguiça		164	Outro:
Quem dessa família foi atingido por uma desses acontecimentos: (1) ninguém; (2) chefe da família; (3) cônjuge; (4) filho (a); (5) pais; (6) sobrinhos, tios ou av�s; (7) genro, nora; (8) Outro:					
	165	Suicídio		170	Outro:
	166	Morte por acidente ou atropelamento		171	Outro:
	167	Morte infantil		172	Outro:
	168	Alcoolismo		173	Outro:
	169	Problemas mentais:		174	Outro:
	175	Como você e sua família se relacionam com seus vizinhos mais próximos? (1) sem relacionamento; (2) s� bom dia e boa noite; (3) trocamos favores na necessidade; (4) somos amigos; (5) Outro:			
	176	Como sua família se relaciona com a maioria das pessoas do bairro: (1) sem relacionamento; (2) s� bom dia e boa noite (formal); (3) trocamos favores na necessidade; (4) somos amigos; (5) Outro:			
	177	Qual o maior tipo de favores troca com seus vizinhos ou outras pessoas do bairro? (1) nenhum; (2) apoio na doença; (3) amizade e conselho; (4) empresta a comida ou dinheiro; (5) outro:			
	178	Qual o nível de confiança que você tem nos seus vizinhos e pessoas do bairro? 1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.			
	179	Qual o seu nível de satisfa�o na rela�o com seus vizinhos e o pessoal do bairro? 1) muito grande; (2) grande; (3) mais ou menos; (4) pouca (5) nenhuma.			
	180	Considerando todos os aspectos da sua vida, você se acha uma pessoa? (1) muito feliz; (2) feliz; (3) nem feliz, nem infeliz; (4) um pouco infeliz; (5). muito infeliz			

ROTEIRO DE ENTREVISTA

A. Sobre a rotina do médico de família, e sua especificidade em relação à prática médica tradicional.

1. O que mais lhe motiva no trabalho de médico da Família?
2. O que de especial tem o seu trabalho, quando comparado aos serviços da clínica médica tradicional?
3. Quais são as principais dificuldades em implantar um modelo de atendimento do tipo Programa Saúde da Família?
4. Na sua rotina de trabalho como são incorporadas as questões relativas ao ambiente familiar e comunitário dos pacientes?
5. Quais são os principais problemas de saúde encontrados entre seus pacientes?

B. Sobre o Trabalho dos Agentes de Saúde

6. Como são organizadas as rotinas dos agentes de saúde?
7. Você considera que os agentes de saúde têm recebido um treinamento adequado?
8. Que problemas mais relevantes você identifica na prática profissional dos agentes de saúde?
9. Quais são as contribuições mais significativas do Agente de Saúde Comunitário na organização dos serviços do PSF?
10. Como você acha que a comunidade recebe o serviço? (opinião da comunidade sobre satisfação dos serviços prestados). O que contribui mais significativamente para a satisfação/insatisfação da comunidade com os serviços oferecidos pelo PSF?

C. Sobre a relação do PSF com a estrutura associativa da comunidade

1. Existe uma prática de colaboração entre a equipe do PSF e as associações comunitárias na organização de políticas de saúde? Você poderia dar exemplos, se for o caso?
2. Qual a importância, em sua opinião, das associações de moradores e ONGs na promoção da saúde?
3. Como você avalia a participação da comunidade na vida associativa do bairro? Em medida esta menor/menor participação pode significar mudanças na qualidade de vida das pessoas?

RELAÇÃO DAS USF, ACS E FAMÍLIAS ENTREVISTADAS EM RECIFE

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação à amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente ⁵⁷
VILA UNIÃO EQUIPES/ PSF	M.B. S.	119	0,45	1,77	48, 108
	R. G. S.	146	0,56	2,20	67, 120
	S. C. S.	153	0,59	2,32	73,08
	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação à amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
	I. O. L.	168	0,65	2,56	65, 04
	V.M. S. L.	194	0,75	2,95	188, 03
	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação à amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
	A. C. L.	144	0,55	2,17	46, 28
	F. C. P.S.	150	0,58	2,28	100,22
	A.C. N.	150	0,58	2,28	73,32
	J. M. C. S.	136	0,52	2,05	15,80
	T. M. S.	142	0,55	2,17	64,70
	V. M. S.	150	0,58	2,28	31,76
	C. S. B.	145	0,56	2,20	38,21
	E. G. S.	133	0,51	2,01	07,63
	T. M.H.	146	0,56	2,20	83,10
	M. E.A.S.	120	0,46	1,81	13,20
	A. M. S.	138	0,53	2,09	05,07
	J. P.S.	179	0,69	2,72	80,61,04
	A.B. A.	140	0,54	2,13	17,13
L. L. C.	150	0,58	2,28	45,11	
C. P.M.	136	0,52	2,05	52,88	
M. E. S.	157	0,60	2,36	96,60	
EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
SKYLAB I	M. E. M. S.	162	0,62	2,44	93,31
	M.G. S	193	0,74	2,91	133,140162
	E.C. S.	205	0,79	3,11	12, 55, 154
	S. G. S. R.	178	0,68	2,68	26,97,29
	E. A. S.	172	0,66	2,60	17,92,26
	J. L. S.	166	0,64	2,52	01,69
	M. F. C. M	171	0,66	2,60	40,92
	G. F. A.	171	0,66	2,60	35,112
EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
CARANGUEJO	T. S.	156	0,60	2,36	31,97
	C.M. A.	154	0,59	2,32	141,122

⁵⁷ A partir do sorteio do número correspondente na relação dos ACS.

	A. M. A.	156	0,60	2,36	100,76
	M. L.C. M.	147	0,56	2,20	99,113
	A. M. C.	151	0,58	2,28	30,49
	R.F. S.	155	0,60	2,36	07,19
	T. P. S.	126	0,48	1,89	84,95
EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
VIETNÃ I	M. C. R. S.	172	0,66	2,60	57,63
	V. L. M. C. S.	179	0,69	2,72	09,14,03
	M. A. P. A.	180	0,69	2,72	177,170,173
	C. A. P.	192	0,74	2,91	69,61,80
	M. P.	160	0,61	2,40	96,128

VIETNÃ II	M. C. P.	188	0,72	2,83	17,20,37
	V. L. S. B.	179	0,69	2,72	64,74,90
	Edvaldo Ferreira dos Santos	170	0,65	2,55	01,24
	J. F.	207	0,80	3,15	50,57,62

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
SINOS	M.O. C.	165	0,63	2,48	139,159
	A.M. G.L.	186	0,71	2,80	03,12,136
	H. M. S.	193	0,74	2,91	130,148,159
	S.M. C. S.	180	0,69	2,72	11,55,67
	J. M. S.	170	0,65	2,55	88,97
	E. M. H.	170	0,65	2,55	08,14

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
MACAÉ	N.F.H	179	0,69	2,72	59,79,96
	T.G.S	155	0,60	2,36	81,146
	V,T,D	153	0,58	2,28	26,63
	S.G.S	163	0,63	2,48	100,27
	R.G.S	163	0,63	2,48	74,95
	A.G.T	160	0,61	2,40	06,16

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
COSIROF I	A. M. A.	170	0,65	2,56	64,78
	M. L. C. M.	140	0,53	2,08	124,14
	A. M. C.	164	0,63	2,48	86,22
	R. F. S.	145	0,56	2,20	82,140
	T. P. S.	168	0,65	2,56	19,110
	A. M. A.	163	0,63	2,48	5,39
	M. L. C. M.	146	0,56	2,20	111,15

COSIROF II	N.F.C	163	0,63	2,48	46,121
	F. C. P.S.	168	0,65	2,56	18,36
	A.C. N.	160	0,61	2,40	70,142
	J. M. C. S.	150	0,58	2,28	81,8
	T. M. S.	150	0,58	2,28	93,13
	V. M. S.	160	0,61	2,40	4,133
	C. S. B.	150	0,58	2,28	15,65

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
SÍTIO DAS PALMEIRAS I	T. M. S.	139	0,53	2,09	41,128
	V. M. S.	155	0,60	2,36	7,139
	C. S. B.	166	0,64	2,52	147,89
	E. G. S.	164	0,63	2,48	71,16
	T. M.H.	167	0,64	2,52	144,82

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
SÍTIO DAS PALMEIRAS II	A. C. L.	160	0,61	2,40	23,34
	F. C. P.S.	195	0,75	2,95	117,6,25
	A.C. N.	146	0,56	2,20	140,94
	J. M. C. S.	137	0,53	2,08	31,59
	T. M. S.	162	0,62	2,44	26,87
	V. M. S.	132	0,51	2,00	72,103

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
ENGENHO DO MEIO I	N.F.H	171	0,66	2,60	86,44
	T.G.S	163	0,63	2,48	104,132
	V.T.D	150	0,58	2,28	95,4
	S.G.S	143	0,55	2,16	122,2
	R.G.S	176	0,68	2,68	71,92
	A.G.T	158	0,61	2,40	39,13

ENGENHO DO MEIO II	T. M. S.	167	0,64	2,52	6,27
	V. M. S.	170	0,65	2,55	11,72

	T. M. S.	175	0,67	2,64	83,5
	V. M. S.	167	0,64	2,52	80,19
	C. S. B.	184	0,71	2,80	77,43,135

EQUIPES/ PSF	T. M. S.	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
COSME DAMIÃO	V. M. S.	198	0,76	2,99	91,49,23
	C. S. B.	135	0,52	2,05	68,47
	E. G. S.	150	0,58	2,28	92,76
	T. M.H.	239	0,92	3,62	110,86,48
	M. E.A.S.	150	0,58	2,28	93,42
	A. M. S.	234	0,90	3,54	58,26,105

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
BRASILIT I	A.C. N.	170	0,65	2,56	10,73
	J. M. C. S.	160	0,61	2,40	125,33
	T. M. S.	175	0,67	2,63	76,152
	V. M. S.	170	0,65	2,56	1,135
	C. S. B.	172	0,66	2,60	34,48
	E. G. S.	160	0,61	2,40	67,95
	T. M.H.	170	0,65	2,56	17,127

BRASILIT II	V. L. M. C. S.	190	0,73	2,87	74,139,2
	M. A. P. A.	186	0,71	2,80	82,132,53
	C. A. P.	154	0,59	2,32	95,27
	M. P.	190	0,73	2,87	4,22,108
	V. L. M. C. S.	175	0,67	2,64	63,83
	M. A. P. A.	180	0,69	2,71	38,98,173

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
CAMPO DO BANCO I	C. S. B.	189	0,73	2,87	181,71
	M. E.A.S.	209	0,80	3,15	68,141,90
	A. M. S.	176	0,68	2,68	151,128
	T. M. S.	218	0,84	3,31	26,114,217

CAMPO DO BANCO II	T. M. S.	176	0,68	2,68	56,117
	V. M. S.	167	0,64	2,52	11,115
	V. M. S.	200	0,77	3,03	53,126
	C. S. B.	166	0,64	2,54	01,26

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
ROSA SELVAGEM I	A.B. A.	107	0,41	1,61	56,20
	L. L. C.	150	0,58	2,28	28,93
	C. P.M.	126	0,48	1,89	86,04
	M. E. S.	118	0,45	1,77	75,109

ROSA SELVAGEM II	C. S. B.	122	0,47	1,85	14,96
	E. G. S.	104	0,40	1,57	31,88
	T. M.H.	135	0,52	2,05	02,97
	C. S. B.	104	0,40	1,57	51

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
BARREIRAS	T. M. S.	163	0,63	2,48	66,11
	V. M. S.	160	0,61	2,40	130,12
	C. S. B.	177	0,68	2,68	55,134
	E. G. S.	176	0,68	2,68	10,108
	T. M.H.	172	0,66	2,60	33,165

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
SÍTIO CARDOSO I	N.F.C	180	0,69	2,72	85,170,21
	F. C. P.S.	180	0,69	2,72	40,4,100
	A.C. N.	181	0,70	2,76	72,48,175
	J. M. C. S.	185	0,71	2,80	52,35,162
	T. M. S.	180	0,69	2,72	23,78,153

SÍTIO CARDOSO/ II	M.B. S.	170	0,65	2,56	86,132
	R. G. S.	158	0,61	2,40	114,15
	S. C. S.	159	0,61	2,40	26,91
	M.B. S.	144	0,55	2,17	7,123
	R. G. S.	127	0,49	1,93	12,111

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
VILA SANTA LUZIA I	N.F.H	140	0,54	2,13	08,99
	T.G.S	163	0,63	2,48	122,160
	V,T,D	170	0,65	2,55	02,83
	S.G.S	170	0,65	2,55	05,134

	R.G.S	158	0,61	2,40	07,149
--	-------	-----	------	------	--------

SANTA LUZIA II	N.F.H	162	0,62	2,44	33,96
	T.G.S	160	0,61	2,40	17,130
	V,T.D	165	0,63	2,48	10,120
	S.G.S	146	0,56	2,20	61,104
	R.G.S	160	0,61	2,40	41,143
	A.G.T	156	0,60	2,36	14,133

SANTA LUZIA III	N.F.H	196	0,75	2,95	05,93,185
	T.G.S	153	0,59	2,32	02,98
	V,T.D	174	0,67	2,64	23,99
	S.G.S	152	0,58	2,28	13,80
	R.G.S	143	0,55	2,16	03,143
	A.G.T	135	0,52	2,05	07,127

EQUIPES/ PSF	NOME DO ACS	Nº DE FAMÍLIAS	% em relação a amostra	Amostra (Casos)	Famílias escolhidas aleatoriamente
CORDEIRO II	T. M. S.	199	0,77	3,03	80, 43,71
	V. M. S.	168	0,65	2,56	48,24,
	C. S. B.	185	0,71	2,80	45,51,86
	E. G. S.	165	0,63	2,48	75,87
	T. M.H.	157	0,60	2,36	05,15
	T. M. S.	120	0,46	1,81	103, 118
	V. M. S.	149	0,57	2,24	84, 149
	C. S. B.	123	0,47	1,85	74, 89

RELAÇÃO DAS ENTIDADES ASSOCIATIVAS CITADAS PELOS ACS	
1. AACD	2. Conselho de Moradores de COSIROF
3. Abrigo de Idosos	4. Conselho de Moradores de Roda de Fogo
5. ASEBEM	6. Conselho de Moradores de Teresópolis II
7. Assembléia de Deus de Barreiras	8. Conselho de Moradores do Engenho do Meio
9. Assembléia de Deus em Cosme e Damião	10. Conselho de Moradores do Vietnã
11. Assembléia de Deus em Vila União	12. Conselho de Moradores em Brasilit
13. Associação Apoio Cultural	14. Cooperativa Prestadora de Serviços dos Torrões
15. Associação Cultural Cosme e Damião	16. COSIROF
17. Associação da Várzea	18. Creche Engenho do Meio
19. Associação das Famílias do Engenho do Meio	20. Creche Escola de Macaé
21. Associação das Mulheres em Emocy Krause	22. Creche em Vila União
23. Associação de Moradores da Vila Redenção	24. Creche Santa Luzia
25. Associação de Moradores de Brasilit	26. Escola Comunitária do Vietnã
27. Associação de Moradores de Cosme e Damião	28. Escola Pintor Lauro Vilares
29. Associação de Moradores de Macaé	30. Escolinha Comunitária em Vila União
31. Associação de Moradores de Roda de Fogo	32. Escolinha Tia Sarah
33. Associação de Moradores de Santa Luzia	34. Exército da Salvação
35. Associação de Moradores de Sky Lab	36. Grupo Adolescer
37. Associação de Moradores de Teresópolis II	38. Grupo da Assembléia de Deus
39. Associação de Moradores de Vila União	40. Grupo da Igreja Batista
41. Associação de Moradores do Sítio Cardoso	42. Grupo da Igreja Quadrangular
43. Associação de Moradores do Barbalho	44. Grupo de Adolescentes de Vila União
45. Associação de Moradores do Engenho do Meio	46. Grupo de Amigos de Cosme e Damião
47. Associação de Moradores do Sítio Cardoso	48. Grupo de Amigos do Gesso
49. Associação de Moradores do Vietnã	50. Grupo de Costureira de Macaé
51. Associação de Moradores Mangueira da Torre	52. Grupo de Costureiras de Roda de Fogo
53. Associação de Mulheres de Cosme e Damião	54. Grupo de Hipertensos
55. Associação de Mulheres do Bairro Engenho do Meio	56. Grupo de Idosos do PSF
57. Associação do Leite	58. Grupo de Idosos em Brasilit
59. Associação dos Escoteiros	60. Grupo de Saúde e Educação
61. Associação Amigos do Cavoco	62. Grupo dos Adolescentes de Brasilit
63. Associação dos Moradores do Campo do Banco	64. Igreja Batista da Iputinga
65. Bloco das Catraias	66. Igreja Batista de Abreu Lima
67. Capela de Santa Marta	68. Igreja Batista de Barreiras
69. Casa de Passagem	70. Igreja Católica da Iputinga
71. Centro Espírita de Vila União	72. Igreja Católica de Vila União
73. Centro Espírita em Sítio Cardoso	74. Igreja Católica em Teresópolis II
75. Centro Espírita Novo Horizonte	76. Igreja Evangélica de Vila União
77. Centro Irmã Ângela	78. Igreja Evangélica Presbiteriana
79. Centro Social Urbano do Engenho do Meio	80. Instituto Bom Pastor
81. CEPAS	82. Instituto Filadélfia
83. Clube de Mães de Roda de Fogo	84. Mirim Brasil
85. Clube de Mães de Vila União	86. Motivar
87. Clube de Mães do Vietnã	88. Neide Santana
89. Clube de Mães Margarida Alves	90. Novo Renascer
91. Conjunto de Música da Igreja Assembléia de Deus	92. Papai
93. Pastoral da Criança	94. Paz na Comunidade
95. Projeto Barnabé	96. Projeto Novo Caminhar
97. Realidade	98. Tortura Nunca Mais
99. União Jovem Sítio das Palmeiras	

TABELAS DO QUESTIONÁRIO ACS

Grau de satisfação com o reconhecimento da comunidade

		Frequência	Percentual Válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito Grande	11	7,3	7,3
	Grande	48	31,8	39,1
	Regular	48	31,8	70,9
	Pouca	31	20,5	91,4
	Nenhuma	13	8,6	100,0
	Total	151	100,0	
	Perdidos	NR	1	
Total		152		

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Grau de satisfação com a burocracia

		Frequência	Percentual Válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito Grande	7	4,6	4,6
	Grande	26	17,1	21,7
	Regular	46	30,3	52,0
	Pouca	42	27,6	79,6
	Nenhuma	30	19,7	99,3
	Total	152	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Nível de importância de conselhos de familiares e vizinhos quando sua família está doente

		Frequência	Percentual Válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito Grande	9	5,9	5,9
	Grande	22	14,5	20,4
	Regular	50	32,9	53,3
	Pouca	26	17,1	70,4
	Nenhuma	45	29,6	100,0
	Total	152	100,0	

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Nível de importância de rezas, bênçãos ou passes quando sua família está doente

		Frequência	Percentual Válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito Grande	6	4,0	4,0
	Grande	12	8,1	12,1
	Regular	18	12,1	24,2
	Pouca	35	23,5	47,7
	Nenhuma	78	52,3	100,0
	Total	149	100,0	
Perdidos	NS	2		
	NR	1		
	Total	3		
Total	152			

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Importância das ONGs e associações na divulgação de campanhas de saúde

		Frequência	Percentual Válido	Percentual acumulado
Válidos	muito grande	12	23,1	23,1
	grande	14	26,9	50,0
	Regular	9	17,3	67,3
	pouca	6	11,5	78,8
	nenhuma	11	21,2	100,0
	Total	52	100,0	
Perdidos	NS	9		
	NR	3		
	Outros	88		
	Total	100		
Total	152			

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Importância das ONGs e associações nas capacitações em saúde

		Frequência	Percentual Válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito grande	8	16,0	16,0
	Grande	8	16,0	32,0
	Regular	5	10,0	42,0
	Pouca	7	14,0	56,0
	Nenhuma	22	44,0	100,0
	Total	50	100,0	
Perdidos	NS	10		
	NR	4		
	Outros	88		
	Total	102		
Total	152			

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Importância das ONGs e associações para formação de grupos

		Frequência	Percentual Válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito grande	4	8,0	8,0
	Grande	12	24,0	32,0
	Regular	15	30,0	62,0
	Pouca	6	12,0	74,0
	Nenhuma	13	26,0	100,0
	Total	50	100,0	
Perdidos	NS	10		
	NR	4		
	Outros	88		
	Total	102		
Total	152			

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

TABELAS DO QUESTIONÁRIO FAMÍLIA

Quanto participa de Associação de Moradores ou Comunitárias

		Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Válidos	Não participa	277	86,0	86,0
	Ocasionalmente	14	4,3	90,4
	Só nos momentos mais importantes	21	6,5	96,9
	Regularmente	6	1,9	98,8
	Participa coordenando	4	1,2	100,0
	Total	322	100,0	
Perdidos	NR	14		
Total		336		

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Quanto participa de ONG

		Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Válidos	Não participa	228	97,0	97,0
	Ocasionalmente	1	0,4	97,4
	Só nos momentos mais importantes	1	0,4	97,9
	Regularmente	3	1,3	99,1
	Participa Pouco	2	0,9	100,0
	Total	235	100,0	
Perdidos	NR	62		
	Outros	39		
	Total	101		
Total	336			

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Importância de grupos temáticos do PSF para a convivência com a comunidade do bairro

		Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito grande	76	27,0	27,0
	Grande	117	41,5	68,4
	Regular	14	5,0	73,4
	Pouco	7	2,5	75,9
	Nenhuma	68	24,1	100,0
	Total	282	100,0	
Perdidos	NS	11		
	NR	32		
	Outros	11		
	Total	54		
Total		336		

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Importância de associações do bairro para a convivência com a comunidade do bairro

		Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito grande	54	18,3	18,3
	Grande	121	41,0	59,3
	Regular	30	10,2	69,5
	Pouco	11	3,7	73,2
	Nenhuma	79	26,8	100,0
	Total	295	100,0	
Perdidos	NS	8		
	NR	27		
	Outros	6		
	Total	41		
Total		336		

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Importância de ONG para a convivência com a comunidade do bairro

		Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito grande	44	20,5	20,5
	Grande	68	31,6	52,1
	Regular	17	7,9	60,0
	Pouco	3	1,4	61,4
	Nenhuma	83	38,6	100,0
	Total	215	100,0	
Perdidos	NS	20		
	NR	53		
	Outros	48		
	Total	121		
Total		336		

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Importância da saúde para determinação da qualidade de vida

		Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito grande	236	71,3	71,3
	Grande	89	26,9	98,2
	Regular	6	1,8	100,0
	Total	331	100,0	
Perdidos	NR	1		
	Outros	4		
	Total	5		
Total		336		

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Importância de recorrer a tratamento indicado pelo médico em caso de doença

		Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito grande	209	63,7	63,7
	Grande	90	27,4	91,2
	Regular	18	5,5	96,6
	Pouco	8	2,4	99,1
	Nenhuma	3	0,9	100,0
	Total	328	100,0	
Perdidos	NR	4		
	Outros	4		
	Total	8		
Total		336		

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Importância do trabalho do ACS no que se refere a possibilitar a inclusão social

		Frequência	Percentual válido	Percentual acumulado
Válidos	Muito grande	125	39,2	39,2
	Grande	142	44,5	83,7
	Regular	27	8,5	92,2
	Pouco	5	1,6	93,7
	Nenhuma	20	6,3	100,0
	Total	319	100,0	
Perdidos	NS	3		
	NR	9		
	Outros	5		
	Total	17		
Total		336		

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

ÍNDICES DE REDE

Centralidade

Que tipo de contato você mantém com a instituição CENTRALIDADE	Recife
Participo de reuniões ou da vida associativa, mas de forma esporádica.	14.72%
Colaboro enquanto voluntário de alguma atividade (na sua execução), com regularidade.	8.66%
Participo (enquanto consumidor) de algum serviço oferecido pela Instituição	3.68%
Desenvolvo alguma atividade ligada ao meu trabalho de Agente de Saúde	20.85%

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Centralidade

Caso a Instituição desenvolva alguma atividade junto com o PSF CENTRALIDADE	Recife
Participação em campanha de vacinação	8.62%
Participação em campanha educativa sobre DST'S	10.48%
Participação em campanha educativa sobre temas ligados a saúde em geral	25.94%

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

Centralidade

Durante quanto tempo você realizou trabalhos com as Associações e ONGs? CENTRALIDADE	Recife
Frequentemente mais de um ano	16.72%
Frequentemente menos de um ano	4.95%
Esporadicamente (por um longo tempo, mas por diversos períodos curtos)	8.51%
Apenas durante a realização de alguma atividade específica	16.69%

Fonte: Pesquisa Redes Sociais e Saúde (2007).

