

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

THIALISSON SANTOS RIBEIRO

**A VISÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DOS
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Cuité - PB
2015

THIALISSON SANTOS RIBEIRO

**A VISÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DOS
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus Cuité*, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. MsC. Heloisy Alves de Medeiros

Cuité - PB
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

R484v Ribeiro, Thialisson Santos.

A visão de agentes comunitários de saúde acerca dos determinantes sociais da saúde: um relato de experiência. / Thialisson Santos Ribeiro. – Cuité: CES, 2015.

52 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Heloisy Alves de Medeiros.

1. Estratégia saúde da família. 2. Agente comunitário de saúde. 3. Saúde – determinantes sociais. I. Título.

CDU 614

THIALISSON SANTOS RIBEIRO

**A VISÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DOS
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Aprovação em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. MsC. Heloisy Alves de Medeiros
Orientadora- UFCG

Profa. MsC. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos
Membro- UFCG

Profa. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade
Membro- UFCG

Cuité - PB
Março/2015

*Dedico este trabalho a toda comunidade a qual trabalhei, fonte de inspiração e amor pela
Saúde Pública.*

*“Há três caminhos para o fracasso: não ensinar o que se sabe, não praticar o que se ensina,
e não perguntar o que se ignora”.*

São Beda

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a **Deus**, pela oportunidade da vida, por me manter fiel a caminhada, me dando força e serenidade. A ti senhor, todo o meu reconhecimento e gratidão.

Aos meus maiores tesouros, meus pais, **José Hamilton Ribeiro**, que me apresentou o conhecimento, exemplo de grandeza e dedicação pela academia, **Maria Leni Santos Ribeiro**, mulher amorosa, dedicada, que sempre me conduziu para o caminho da verdade! Dedico sempre, e nunca em excesso, pessoas cujos ensinamentos e companhia são indispensáveis. O tempo que lhes subtraio de convívio é a única dor real que a academia me causou, compensada apenas pelo amor que me dedicam.

Aos meus irmãos **Thiago, Thacyana, e Thamyres**, por todo apoio. Espero honrar cada expectativa em mim depositada!

A todos os meus **familiares**, sem exceção, essa vitória é toda de vocês.

A minha orientadora, **Heloisy Alves de Medeiros**, por toda atenção, disponibilidade e paciência em me orientar neste trabalho. Obrigado por me guiar na direção correta. A você professora toda a minha admiração, respeito e gratidão, pois além de uma profissional competente, é um ser humano iluminado.

A minha banca examinadora, **Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos e Luciana Dantas Farias de Andrade**. Obrigado por aceitarem dividir comigo este momento. A contribuição de vocês só veio a enriquecer o meu trabalho.

As amizades que conquistei durante essa jornada, são tantas! Mas, gostaria de agradecer aos amigos de todas as horas, **Julian Macedo e Gilliard Araújo**. Agora cada um seguirá seu caminho, mas espero que nossa amizade perdure para sempre.

A **Universidade Federal de Campina Grande e a Unidade Acadêmica de Enfermagem**, pelo acolhimento e conhecimento compartilhado!

A todos os **profissionais das instituições** onde estagiei. A todos que me acolheram, confiaram em mim e acreditaram na minha capacidade.

A vocês **mestres**, minha eterna gratidão, vocês foram fundamentais na minha formação, pelo exemplo e por o conhecimento transmitido.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde** da UBS Severina Farias Dantas do município de Picuí-PB, que contribuíram valiosamente para a realização deste trabalho. Muito Obrigado!

A todos os **pacientes** que passaram por mim ao longo da graduação. Obrigado por permitirem a mim os seus cuidados. Saibam que sempre dei de mim o meu melhor. Seus atos de confiança me permitiram chegar até aqui, e espero que daqui em diante, possa cuidar de todos.

A todos os meus **colegas** de curso! Obrigado pela convivência durante esses anos, levo comigo todos os momentos. Vocês me ajudaram a crescer como pessoa. Desejo a todos muito sucesso nessa nova etapa que vai se iniciar, agora, como enfermeiros!

Agradeço carinhosamente **a todos** que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, e mais ainda, pelo sonho de me tornar um ENFERMEIRO.

“Vulgar é ler, raro o refletir. O saber não está na ciência alheia, que se absorve, mas, principalmente, nas ideias próprias, que se geram dos conhecimentos absorvidos. Um sabedor não é armário de sabedoria armazenada, mas transformador reflexivo de aquisições digeridas”.

Rui Barbosa

“[...] é oportuno não transferir para outrem (parceiro, amigo, pais) a responsabilidade que somente a cada um compete das escolhas que faz, dos espaços que conquista. Aprendamos a viver cada momento, sem ficarmos prisioneiros do passado ou do futuro. E, sobretudo, incorporemos a ideia de que o bem-estar e a felicidade não existirão, como projeto individual, isto é, somente desfrutaremos dessa condição se nos engajarmos, diuturnamente, na tarefa de construção de uma sociedade mais fraterna, onde impere a justiça social”.

José Augusto Barros

RESUMO

RIBEIRO, T. S. **A visão de agentes comunitários de saúde acerca dos determinantes sociais da saúde: um relato de experiência.** Cuité, 2015. 52 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – PB, 2015.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde. Hoje, a saúde passa ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens, que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, entre outros. Elencar os elementos que irão permitir que a saúde seja alcançada, ou não, é um grande desafio. Tais elementos podem ser denominados Determinantes Sociais da Saúde (DSS). O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o elo entre a ESF e a comunidade, onde conhece e enfrenta, como profissional de saúde e membro da classe trabalhadora, as mesmas dificuldades de acesso e de resolutividade que perpassam o sistema público de saúde. Diante disso, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivida como estagiário de uma UBS com relação à percepção que os ACS possuem acerca dos DSS na sua área de atuação. Consta de um estudo do tipo descritivo, na modalidade relato de experiência vivenciada em uma unidade de saúde da família. A experiência das rodas de conversa com os ACS sobre os determinantes sociais da saúde nos permitiu elencar três classes de abordagem: Estilo de vida dos indivíduos, Redes sociais e comunitárias e Condições de vida e trabalho. A partir da experiência de convívio, ficou evidente que os ACS compreendem o que são os DSS e percebem as limitações e avanços, nele existentes. Dada à complexidade que se expõe os DSS, torna-se necessário um olhar abrangente sobre os efeitos que os mesmos causam, propondo-se investimentos no capital humano, uma reflexão crítica ideológica da sociedade como um todo onde priorizem-se as relações sociais e, assim, a vida. Acredita-se, portanto, que a saúde está abarcada nos determinantes sociais e que os agentes comunitários de saúde possuem um papel fundamental na efetivação da universalização da saúde no Brasil.

Descritores: Estratégia saúde da família, Agente comunitário de saúde, Determinantes sociais da saúde.

ABSTRACT

RIBEIRO, T. S. **A visão de agentes comunitários de saúde acerca dos determinantes sociais da saúde: um relato de experiência.** Cuité, 2015. 52 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – PB, 2015.

The Family Health Strategy (FHS) is the materialization of a new conception of health. Today, health shall be related to the population's quality of life, which consists of the set of goods, which include food, work, income level, among others. List the elements that will allow health is achieved or not is a big challenge. The Community Health Agent (CHA) is the link between the ESF and the community where he meets and faces, as health professional and member of the working class, the same difficulties of access and resoluteness that underlie the public health system. Thus, the aim of this study is to report the experience as an intern in a UBS related to the perception that the ACS have about DSS in their area. It consists of a descriptive study, the experience of modality of lived in a family health unit. The experience of the conversation circles with ACS on the social determinants of health approach permitted the determination of the three classes: Style of life of individuals, social networks and community and Conditions of life and work. From the living experience, it became evident that the ACS understand what are SDH and realize the limitations and advances, it existing. Given the complexity that sets out the DSS, it is necessary a comprehensive look at the effects that they cause, proposing investment in human capital, an ideological critical reflection of society as a whole which prioritizes social relations and so life. It is believed therefore that health this embraced the social determinants and health community workers have a key role in the effectiveness of the universalization of health in Brazil.

Descriptors: Family Helth Strategy, Health Agent Social, Determinants of Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).....	29
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à saúde

CNDSS – Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PSF – Programa Saúde da Família

PSE- Programa Saúde na Escola

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

SNIS - Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Objetivos.....	18
<i>1.1.1</i>	<i>Objetivo Geral</i>	<i>18</i>
<i>1.1.2</i>	<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>19</i>
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	Estratégia Saúde da Família: aspectos históricos e conceituais	21
2.2	A participação do agente comunitário de saúde na unidade básica saúde da família	22
2.3	Determinantes sociais da saúde	26
3	METODOLOGIA	30
3.1	Tipo de estudo	31
3.2	Aspectos éticos	31
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO	32
4.1	Relato de experiência	33
4.1.1	Classe 1: Estilo de vida dos indivíduos	33
4.1.2	Classe 2: Redes sociais e comunitárias	38
4.1.3	Classe 3: Condições de vida e trabalho.....	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.....	46

1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Na Constituição Federal de 1988, o artigo 196, diz que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Este é o princípio que norteia o SUS, Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Dentro da vertente dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, em 1994, o Ministério da Saúde propôs e criou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é considerada o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto, e a porta de entrada do atendimento, propõe a atenção à saúde orientada pelo princípio da vigilância em saúde, combinando ações de promoção, prevenção e cura, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar com responsabilização sanitária sobre um território definido (PEREIRA; OLIVEIRA 2014).

A ESF representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde, que antes era entendida como “o estado de não doença”, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Hoje, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens, que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, dentre outros.

Elencar os elementos que irão permitir que a saúde seja alcançada, ou não, é um grande desafio. Tais elementos podem ser denominados Determinantes Sociais da Saúde (DSS), os quais, conforme a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008) compreendem “os determinantes vinculados ao comportamento individual e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural” (BADZIAK; MOURA, 2010).

As teorias, em torno da determinação social da saúde, assumem que a saúde de membros de uma sociedade será determinada pela maneira como ela organiza e distribui seus recursos econômicos, sociais e derivados. Os DSS, mais comumente citados, são: saneamento, inclusão social, transporte, segurança, modelos de atenção à saúde, habitação, alimentação, autoestima, droga-adição, lazer, emprego, educação, paz, renda, stress, primeiros anos de vida, rede de suporte social, distribuição de renda, ambiente de trabalho, justiça social/equidade, recursos sustentáveis e ecossistema saudável (DOWBOR, 2008).

Um modelo altamente aceito é o de Dahlgren e Whitehead (1991) que inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, com determinantes proximais, associados aos comportamentos individuais, intermediários, relacionados às condições de vida e trabalho e distais, onde se situam os macros determinantes econômicos, sociais e culturais (CNDSS, 2008).

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (SANTANA et al., 2012).

A ESF se preocupa com o indivíduo, a família e seu ambiente físico e social, onde possui uma equipe multidisciplinar composta, no mínimo, por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Diante da complexidade das relações humanas e sociais, considera-se que está atento aos DSS é imprescindível para o trabalho e para as ações de cuidado dos profissionais de saúde (VERNASQUE, 2010).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) formam um elo relevante entre a equipe de saúde e a população atendida levantando necessidades de saúde e possibilidades de intervenção junto aos demais trabalhadores das equipes, possuindo um papel muito específico que os difere dos demais membros da equipe. Antes de tudo, são pessoas que convivem com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde moram e trabalham, portanto identificam-se com a cultura, linguagem e os costumes de sua própria comunidade (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

O ACS ocupa posição singular no trabalho em saúde na atenção básica, pois é membro da comunidade-alvo e, como tal, também usuário dos serviços públicos de saúde; portanto, conhece e enfrenta como membro da classe trabalhadora, as mesmas dificuldades de acesso e de resolutividade que perpassam o sistema público de saúde (BORNSTEIN; DAVID; ARAÚJO, 2010).

Segundo Nascimento e Correa (2008) outro aspecto importante do trabalho do ACS é quanto aos vários papéis que assume perante a comunidade, indo muito além das atribuições definidas para tal função, se sentindo responsável pelas famílias que atende, com isso, a população muitas vezes o identifica como articulador entre os problemas pessoais ou coletivos.

A prática do ACS é guiada por ações preventivas, por vezes com ações mais imediatistas, como agendamentos em consultas, exames, encaminhamentos para equipamentos assistenciais, sem se levar em conta a complexidade do processo de produção social da saúde-doença e o restrito alcance da saúde quando centrado em medidas dessa natureza (AVELAR, 2014).

Diante disso, torna-se fundamental a identificação da visão dos ACS no que concerne aos DSS, assim, soma-se conhecimento a respeito de como devem ser feitas intervenções; propostas práticas de ações coletivas e multidisciplinares; a conformação de redes de cooperação, como as associações de bairro; a avaliação crítica do processo saúde-doença e o redirecionamento do cuidado.

Reconhecendo, pois, a importância para o estabelecimento de práticas apropriadas de gestão com a indicação de pontos mais sensíveis nos quais tais intervenções podem provocar um maior impacto.

Nesse sentido, o presente estudo aponta relevância para a articulação e entendimento da realidade do processo saúde-doença, favorecendo a articulação de ações que visam à redução das iniquidades e promoção da equidade; comprometimento com a ação; evidência científica; e engajamento de atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre os DSS no Brasil.

A motivação para adentrar no conhecimento dessa temática surgiu mediante vivência acadêmica na prática da atenção básica enquanto discente do curso de Bacharelado em Enfermagem, onde tive a oportunidade de realizar estágio curricular na ESF, e posteriormente por querer trabalhar em saúde pública.

Diante da problemática exposta, surgiu o seguinte questionamento: qual o conhecimento e visão dos agentes comunitários de saúde acerca dos determinantes sociais da saúde? Diante dessa questão, o presente estudo foi desenvolvido com o intuito de elucidar os objetivos descritos a seguir.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

- Relatar a experiência vivenciada através de rodas de conversa com agentes comunitários de saúde acerca dos determinantes sociais de saúde da sua comunidade.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Investigar a hierarquia de determinação social da saúde, segundo a visão dos ACS de sua área de abrangência.
- Articular a visão do ACS com a realidade do processo saúde-doença.

2 Revisão da Literatura

2.1 Estratégia Saúde da Família: aspectos históricos e conceituais

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), como uma proposta de incremento da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) e efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. O PSF em sua criação teve como objetivo a reorganização da prática assistencial através de novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional hospitalocêntrico e orientado somente para a cura de doenças, para um modelo voltado a desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do sujeito, de sua família e comunidade, mediante atendimento por equipes de saúde no nível de APS (XIMENES; SAMPAIO, 2008).

Com o avançar da cobertura do PSF, tanto nos aspectos quantitativos (elevado número de municípios com o programa implantado e o aumento do número de equipes, assumindo abrangência nacional) como qualitativos (melhoria nos indicadores de morbidade e mortalidade e, conseqüente, melhoria na qualidade de vida das famílias, sujeitos e comunidade), o mesmo deixa de ser um programa governamental, passando a uma política estratégica da APS. Pois, segundo o próprio MS, o PSF apresentava condições de resolver efetivamente mais de 85% dos problemas de saúde da população atendida. Nesse sentido, em 1997, o MS em publicação admite ser o PSF uma estratégia, por sua abrangência, seu impacto e sua resolubilidade, além de buscar reversão do modelo assistencial vigente, sendo assim denominado estratégia saúde da Família (ESF). Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços com reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios (XIMENES; SAMPAIO, 2008).

A ESF surge como uma política nacional de saúde num contexto rico de influências institucionais determinantes. A evolução do SUS e suas respectivas contradições e incertezas; as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil; o perfil epidemiológico brasileiro e a pressão institucional internacional por políticas consistentes de APS também caracterizaram esse contexto de implementação da ESF (CAMPOS et al., 2012).

Compreende-se que a ESF é uma estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre paciente e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados, a um custo adequado e sustentável (XIMENES; SAMPAIO, 2008).

A APS transcende o campo biológico e inclui outros setores, organizando-se em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, protege, restaura e reabilita a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social da saúde (CAMPOS et al, 2012). Ocorrendo, portanto, uma intermediação para um impacto social que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente, portanto, não discriminando nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo.

O Brasil, atualmente, prioriza a ESF como modelo de organização da atenção básica. Considera-se que essa estratégia seja capaz de transformar e aprimorar a relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, assumindo o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio, de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco às quais ela está exposta, intervindo de forma apropriada e concretizando o princípio da integralidade (FERRAZ; MENES, 2009).

A saúde da família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas (BRASIL, 2014).

Campos et al., (2012) afirmam que a ESF oferta o primeiro contato, a adoção da responsabilidade longitudinal pelo paciente independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde.

A declaração de Alma-Ata (1978) definiu que a APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e realizar ações preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção da saúde. Os serviços de saúde refletem as condições econômicas e os valores sociais de cada país e de suas comunidades (CAMPOS et al., 2012).

A ESF é um nível de atenção à saúde que deve oferecer a entrada no sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa, não a enfermidade por si só, mas, fornece cuidado para todas as situações de saúde.

Campos et al., (2012) concluem que a APS é um tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Deve-se inverter, por tendência, a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico, para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde.

Ao tomar como foco a família no seu espaço físico e social, esta nova estratégia proporciona à equipe de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, criando oportunidade para a ação interdisciplinar que vincula as ciências sociais às questões de saúde, demografia, epidemiologia, entre outras.

Partindo desse pressuposto, os grandes responsáveis por assumir esse papel na ESF, são os profissionais de saúde, que segundo Backes et al., (2009) precisam conhecer a realidade em que atuam, levando em conta as interações sociais, políticas e culturais dos espaços dentro e fora dos domicílios e dos núcleos familiares, bem como das unidades de saúde.

Quem representa a comunidade dentro da unidade de saúde, são os ACS, favorecendo a equipe profissional a compreensão da realidade da população, seus anseios e um dos fatores mais importantes de sua atuação, que é a comunicação clara e objetiva, que por natureza da vivência local, já lhe é inata. Ao mesmo tempo, esse profissional relaciona-se diretamente com todos os funcionários da equipe de saúde da família, onde se torna peça fundamental no processo de trabalho desenvolvido na UBS.

2.2 A participação do Agente Comunitário de Saúde na Unidade Básica Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) afirma que a atenção básica é composta por diversas metas e propostas, com finalidades, agentes e sujeitos. No contexto da ESF, possui finalidades que a tornam ainda mais complexa, há a definição do território para além do significado geográfico, e a figura do ACS, tem por missão reforçar o caráter comunitário (BRASIL, 2012).

Desde a institucionalização inicial do ACS, a partir de um projeto emergencial de calamidade no Ceará nos anos 1980, até os dias atuais, o seu número só vem aumentando. Segundo o Departamento de Atenção Básica (2015) existem 5.490 municípios cobertos com os ACS, onde este possui um número de 330.993 cadastrados no Ministério da Saúde, com a estimativa da população coberta de 128.700.917 pessoas (BRASIL, 2015).

Os ACS conhecem profundamente a realidade local porque fazem parte da comunidade, conhecendo os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades. As suas opiniões são fundamentadas na realidade cotidiana, oferecendo um leque de informações pertinentes da comunidade, revelando um ponto de vista diferente de necessidade, abrindo portas para um universo novo de intervenção (AVELAR, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica afirma que são atribuições dos ACS: promover a integração da equipe de saúde com a população; trabalhar com adscrição das famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde; prevenção das doenças e agravos; e de vigilância à saúde mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco; acompanhar por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e ajudar na prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2012, p. 35).

Entre as atribuições específicas dos ACS, destaca-se o desenvolvimento de atividades classificadas como de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, e vigilância à saúde. Essas ações constam de visitas domiciliares e ações individuais e coletivas tanto nos domicílios como na comunidade. Há um destaque para a recomendação de que o ACS mantenha a equipe de saúde informada sobre as famílias, principalmente a respeito daquelas em situação de risco (BRASIL, 2012)..

Segundo Bornstein et al., (2010) essas atribuições despertam no ACS o interesse por motivos sociais na busca por melhores condições de vida, como: educação, saneamento básico, lazer, trabalho, renda e outros.

O próprio MS apoia e estimula esta ideia conferindo medidas específicas ao ACS como: traduzir para a equipe de saúde a dinâmica social da comunidade, suas necessidades potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser otimizados pelas equipes; além de promover a educação e mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhorias do meio ambiente (TAVARES, 2012).

No que tange à formação, o referencial curricular nacional do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde elaborado pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, em 2004, prevê um itinerário formativo composto por três etapas, sendo que, na terceira, o “desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário” constitui seu eixo central (BRASIL, 2006).

As atividades atribuídas aos ACS favorecem as suas interpretações sobre a complexidade do cotidiano da população, também vivenciado pelos próprios agentes enquanto moradores da comunidade, compreendendo quais as limitações e problemáticas locais. O agente comunitário enquanto ator da ESF deve impactar a situação de saúde da comunidade, distribuindo autonomia para determinados setores da própria comunidade e dos

próprios indivíduos, intervindo diretamente nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Saber o que o ACS percebe a respeito da situação de saúde da comunidade, é entender os aspectos empíricos da realidade local, favorecendo a aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos baseados na própria realidade social. Hoje o ACS reconhece a sua importância na comunidade, e sente-se responsável pela mesma, identificando-se como sujeito ativo em todo o processo de organização.

Segundo Duarte (2007) o ACS descreve seu trabalho como: visitar sistematicamente as famílias sob sua responsabilidade; investigar a existência de situações de risco em cada visita; orientar para a prevenção de doenças e para as necessidades encontradas; levar os problemas encontrados para serem discutidos com a equipe da unidade de saúde da família, e servir à comunidade, ensinando o que aprenderam.

Silva (2009) afirma que a APS é o nível de menor densidade e maior complexidade tecnológica, porque se utiliza, por um lado, de poucos recursos, de baixo custo, no que se refere a equipamentos diagnósticos e terapêuticos, e incorpora, por outro, instrumentos tecnológicos advindos das ciências sociais (antropologia, sociologia e história) e humanas (economia, geografia, etc), na compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e individual. Portanto espera-se dos profissionais que atuam na ESF um amplo domínio de saberes e técnicas que permitem apreensão de um determinado objeto de grande complexidade, que caracteriza o trabalho da promoção de saúde, base fundamental da APS.

O ACS por ser membro da comunidade, apresenta uma relação muito próxima com as famílias, sendo solicitados para intervir em situações não apenas de saúde, mas de problemas gerais tanto das pessoas como da região em que atuam (TAVARES, 2002).

O Ministério da Saúde atribui algumas competências que estão ligadas diretamente, não só a saúde, mas a todos os aspectos biopsicossociais, devendo o ACS possuir: iniciativa; responsabilidade; inteligência prática; coordenar-se com outros setores e atores da sociedade e está atento a situações próprias do contexto em que vive cada comunidade (BRASIL, 2012).

A visão do ACS sobre os DSS provém do convívio com a comunidade, seu entendimento sobre saúde e dimensão do cuidar em saúde, que é inerente e intrínseco da própria profissão. Os conceitos de DSS estão sempre no dia a dia do ACS, pois atua no campo da interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde (SILVA, 2009).

2.3 Determinantes Sociais da Saúde

Para compreendermos os determinantes sociais da saúde torna-se necessário, brevemente, reportarmos ao panorama histórico das perspectivas da atenção social à saúde.

O reconhecimento de que fatores sociais e ambientais influenciam de forma decisiva a saúde das pessoas é uma perspectiva já antiga. As campanhas sanitárias do século XIX e muito do trabalho realizado pelos fundadores da saúde pública moderna refletem a consciência da forte relação existente entre o status social e as condições de vida das pessoas e suas consequências na saúde (OMS, 2005).

Segundo Campos et al., (2012) A produção dos determinantes de saúde decorrem de condições sócio históricas, do jogo de interesses entre sujeitos que disputam recursos, cuja apropriação pode favorecer ou não a distribuição equitativa, da qual resultam graus de acesso da população a bens e consumo para a reprodução da vida.

Só em meados dos anos 1960 e começo dos anos 1970 houve o surgimento de ações com base na comunidade. Em 1960, ficou claro, em muitos países do mundo, que o modelo de saúde pública dominante (baseado no atendimento médico) não estava atendendo as necessidades mais urgentes de populações pobres e carentes (ou seja, da maioria da população, no caso dos países em desenvolvimento). Dessa forma, surgiu uma maior preocupação com as dimensões sociais, econômica e política da saúde (OMS, 2005).

Durante os anos 1970, profissionais de saúde e líderes comunitários de muitos países juntaram suas forças em um movimento pioneiro que ficou conhecido como “programas de saúde com base na comunidade” (community-based health programs – CBPH). Essas iniciativas colocavam ênfase na participação da população local e na maior colaboração da comunidade no processo decisório relacionado à saúde e seu esforço frequentemente se encaixava na perspectiva dos direitos humanos que relaciona a saúde a demandas econômicas, sociais, políticas e ambientais mais amplas. Começou-se a atribuir menor importância à tecnologia de ponta, onde a educação em saúde e a prevenção de doenças passaram a permanecer no coração das novas estratégias (OMS, 2005).

Badziak e Moura (2010) afirmam que a saúde é um direito interligado a vários outros: educação, lazer e segurança, por exemplo. Por isso, caso outras políticas públicas não estiverem em conjunto com as políticas públicas de saúde, a saúde jamais será um objetivo conquistado.

Ainda nos anos 1970, os profissionais de saúde na China rural, como também as iniciativas no cuidado em saúde baseadas na comunidade em Bangladesh, na Costa Rica, na

Guatemala, na Índia, no México, na Nicarágua, nas Filipinas, na África do Sul e em outros países, enfrentavam não somente os determinantes sociais e ambientais da saúde, como também questões relacionadas às estruturas político-econômicas e às relações de poder.

Na América Latina os métodos do educador brasileiro Paulo Freire de desenvolvimento de consciência foram adaptados à educação em saúde e à promoção da saúde. Essas metodologias de maior participação tornaram-se ferramentas úteis para populações carentes realizarem um diagnóstico comunitário dos seus problemas relacionados à saúde, analisarem a multiplicidade de causas e desenvolverem ações estratégicas para remediar os problemas de maneira inovadora (OMS, 2005).

Halfdan Mahler, um clínico geral dinamarquês e um veterano da saúde pública (que foi eleito Diretor-Geral da OMS em 1973), foi um dos maiores defensores da atenção primária à saúde. Mahler era um líder carismático com profundas convicções morais, para quem a justiça social era uma expressão sagrada. Ele se enraivecia ao ver as iniquidades globais de saúde existentes e o sofrimento evitável pelo qual estavam passando milhões de pessoas pobres e marginalizadas (OMS, 2005).

Mahler participou de campanhas verticais contra doenças específicas na América Latina e na Ásia e estava convencido não só de que essas abordagens não eram capazes de resolver a maioria dos problemas relacionados à saúde, como também de que o foco excessivo na tecnologia de cura estava causando distorções nos sistemas de saúde de países em desenvolvimento.

Mahler na Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde de 1976 propôs o programa - Saúde para Todos, como premissa tanto a remoção de obstáculos para a saúde, ou seja, o fim da desnutrição, da ignorância, da contaminação de água doce e de habitações não higiênicas, quanto, a solução de problemas puramente médicos (OMS, 2005).

Essa nova agenda foi o ponto central da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, em setembro de 1978. A conferência abraçava a meta de “Saúde para Todos no ano 2000” de Mahler e determinava que a APS fosse o meio para se alcançá-la. A adoção da estratégia marcou um ressurgimento à força dos determinantes sociais na saúde pública. Em Alma-Ata, afirma-se a necessidade de uma estratégia de saúde abrangente, que não só cuidasse da prestação de serviços de saúde como também abordasse as causas sociais, econômicas e políticas dos problemas de saúde.

A partir de meados dos anos 1980, também foi dado bastante destaque à questão dos DSS no movimento de promoção de saúde que surgia. Em 1984, em Ottawa, no Canadá, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde.

A Carta de Ottawa apontava oito determinantes (“pré-requisitos”) da saúde: paz, abrigo, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos adequados, justiça social e equidade. Compreendeu-se que esse amplo espectro de fatores não poderia ser tratado somente pelo setor de saúde, mas demandaria ações coordenadas não só entre diferentes unidades dos governos, como também entre o setor privado, a mídia e organizações não governamentais e voluntárias (OMS, 2005).

O neoliberalismo presente no contexto político e econômico iniciado no Brasil na década de 1980 influenciou cortes drásticos nos orçamentos destinados ao setor social, onde, afetaram áreas muito importantes para os determinantes de saúde, tais como educação, programas de nutrição, fornecimento de água, sistema sanitário, transporte, habitação e várias outras formas de proteção social, além do gasto direto com o setor saúde. Com a redução drástica no orçamento público, não só os investimentos destinados a atacar os fatores sociais e ambientais que influenciam as condições de saúde não seriam considerados seriamente, como também o auxílio que já estava sendo prestado foi cortado (OMS, 2005).

O vocabulário dos determinantes sociais da saúde passou a ser utilizado amplamente a partir de meados dos anos 1990. Tarlov em 1996 foi o primeiro a empregar o termo de forma sistemática. Tarlov identificava quatro categorias de determinantes de saúde: fatores genéticos e biológicos; atenção médica; comportamento individual; e as características sociais dentro das quais a vida se dá. Entre essas categorias, argumentava que as características sociais predominavam (OMS, 2005).

As diversas definições de DSS expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008) os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Vários modelos esquemáticos procuram representar os diversos níveis dos DSS. O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), como se pode ver na figura 1, apresenta diversas esferas, as quais vão desde uma camada basal, onde estão presentes características individuais, até uma camada distal na qual se situam os macrodeterminantes. As camadas

intermediárias perpassam pelos estilos de vida dos indivíduos, pelas redes sociais e comunitárias, e pelos fatores relacionados às condições de vida e de trabalho. Esses autores acreditam que as estratégias e políticas públicas devem se basear no entendimento das principais influências sobre a saúde. Isso justifica agrupar tais influências em diversas categorias, as quais requerem diferentes níveis de intervenção (BADZIAK; MOURA, 2010).



Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)

Apesar de ser consenso que as características individuais, as quais incluem idade, sexo e fatores constitucionais exercem ampla influência no estado de saúde dos indivíduos, a maioria dos autores as considera características imutáveis e em quais, portanto, não se pode intervir.

Para Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2014) há, pelo menos, quatro grandes problemas estruturantes no SUS que se manifestam, dois no plano macroeconômico, o subfinanciamento e a segmentação, e dois outros, no plano microeconômico, a fragmentação dos pontos de atenção à saúde e o modelo de atenção à saúde praticado, especialmente no enfrentamento das transições demográfica, nutricional e epidemiológica que ocorrem de forma acelerada, colocando o grande desafio de responder socialmente à tripla carga de doenças com predominância relativa forte das condições crônicas e de seus determinantes sociais.

Para Buss et al., (2014):

A saúde é, simultaneamente, uma condição prévia, um resultado e um indicador de todas as três dimensões do desenvolvimento sustentável social, econômico e ambiental. Coerente com tal assertiva, identifica a necessidade de se implementar medidas sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, a fim de criar sociedades inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis e que torne-se plenamente efetivo o direito de todos a desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental.

3 Metodologia

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, oportunizando expor a vivência de rodas de conversas com os ACS sobre os DSS durante um período de quatro meses de vivência na Atenção Básica.

Segundo Elias (2014) O relato de experiência Faz parte dos gêneros pertencentes ao domínio social da memorização e documentação das experiências humanas, situando-as no tempo. Servem de exemplos de gêneros dessa natureza: diários íntimos, diários de viagem, notícias, reportagens, crônicas jornalísticas, relatos históricos, biografias, autobiografias, testemunhos, entre outros.

3.2 Aspectos éticos

Foi respeitada a resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que tem como fundamento o código de ética dos profissionais de enfermagem (BRASIL, 2012 a. COFEN, 2007).

4 Análise e Discussão

Neste capítulo será exposto o relato da experiência vivido junto aos agentes comunitários de saúde que atuam em uma UBS, bem como a análise e discussão sobre os determinantes do processo saúde-doença nele identificados.

4.1 Relato de Experiência

Os resultados apresentados neste tópico referem-se aos objetivos que nortearam este estudo, os quais foram: relatar a experiência vivida com os ACS acerca dos determinantes sociais de saúde, bem como relacioná-los com a realidade do processo saúde-doença; e fornecer subsídios para a compreensão de determinação social da saúde.

Diante de tais objetivos o relato de experiência foi analisado e agrupado em três classes de abordagem, e cada classe de abordagem com subcategorias, baseado na experiência vivida com os ACS e no modelo de determinação social proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), são eles:

- Estilo de vida dos indivíduos – padrão alimentar, prática de atividade física e esportiva, lazer, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas;
- Redes sociais e comunitárias – grupos religiosos e organizações não governamentais (ONGs) e;
- Condições de vida e trabalho – habitação, saneamento básico, coleta de lixo, renda e educação.

4.1.1 Classe 1: Estilo de Vida dos Indivíduos

A primeira categoria nos apresenta o estilo de vida dos indivíduos e famílias no território da ESF. Percebeu-se que as ACS compreendem a influência e o impacto do padrão alimentar, das práticas de atividade física e esportiva, do lazer, e uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, como determinantes do processo saúde-doença.

Verificou-se que as ACS identificam a má alimentação como causa etiológica da deficiência nutricional nas crianças, levando a anemia, desnutrição e obesidade, ao mesmo tempo percebeu-se a compreensão das mesmas com relação ao surgimento de doenças crônicas nos adultos a ela associadas.

Nos últimos 10 anos, a economia brasileira foi marcada pela combinação de crescimento econômico e melhora da distribuição de renda. O PIB (Produto Interno Bruto) per capita real brasileiro aumentou 29% e foi caracterizado por uma evolução mais favorável

da renda da população mais pobre. O Coeficiente de Gini vem caindo de forma significativa ao longo dos anos 2000, passando de 0,553 para 0,500 entre 2001 e 2011 (BRASIL, 2013).

Nobre et al (2012) afirmam que com o aumento da renda, o crescimento da indústria de alimentos, a facilidade de acesso e a expansão da vinculação de alimentos não saudáveis na mídia, dietas ricas em carboidratos complexos e fibras vêm sendo substituídas por dietas com maior densidade energética, ricas em açúcares e lipídios.

As sociedades modernas e industrializadas parecem aderir a esse padrão dietético, o qual, aliado a um estilo de vida sedentário, tem resultado no aumento da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes e câncer.

Estudos recentes mostram que a má alimentação de crianças e adolescentes é influenciada diretamente, pelo nível educacional da mãe e um maior tempo de exposição à televisão (NOBRE et al 2012).

A necessidade de se limitar o estímulo ao consumo de alimentos que estão na origem do aumento explosivo da obesidade, do diabetes e de várias outras graves doenças crônicas em todo o mundo é amplamente reconhecida por órgãos internacionais e de grande credibilidade, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) e órgãos nacionais como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Em 2005, alinhado com as recomendações da OMS, por meio da ANVISA, o governo brasileiro iniciou a elaboração de uma proposta de regulamentação da publicidade de alimentos não saudáveis e de bebidas de baixo valor nutricional, chamada RDC 24/10.

Segundo Gomes et al (2010) três argumentos têm sido recorrentemente apresentados pelas associações que representam a indústria de alimentos e o setor de empresas de comunicação e publicidade. O primeiro argumento é de que todo alimento é saudável, desde que consumido de forma equilibrada; o segundo seria que a ANVISA não teria poder legal para regulamentar a publicidade de alimentos, ou seja, inconstitucionalidade; e por último consumo de alimentos seria uma responsabilidade essencialmente individual, cabendo apenas ao indivíduo às escolhas de seus hábitos.

Esse debate sobre ações regulatórias tem, no mínimo, três atores sociais envolvidos: o Estado, os Indivíduos e os Setores econômicos ligados ao tema a ser regulado. Esses atores estão situados em um determinado contexto social complexo que, dependendo do sistema de valores vigentes, influenciará as decisões dirigidas à coletividade.

O comportamento humano, ainda que seja uma ação consciente, é profundamente influenciado pelo ambiente que cerca o indivíduo. Diante de um ambiente que favorece a

adoção de padrões alimentares não saudáveis e a ocorrência de doenças deles decorrentes, nenhuma estratégia educativa com foco no indivíduo poderá, sozinha, reverter ou interromper o agravamento desse cenário, sendo imprescindível complementá-la com a implementação de medidas regulatórias que interfiram no ambiente (CABRAL; BAGRAGLIA; SEABRA, 2012).

As ACS observam que o padrão alimentar está de acordo com a tendência mundial, ou seja, estão consumindo frequentemente alimentos ricos em lipídios, carboidratos refinados, produtos de panificação, produtos de origem animal e alimentos ricos em açúcar, como refrigerantes, biscoitos recheados e guloseimas doces.

Tal raciocínio fundamenta ações como orientar as famílias para que consumam determinados alimentos, enfatizando a sua importância, e relevância nessa fase da vida.

No que concerne à prática de atividade física e esportiva na comunidade, percebeu-se que as ACS identificam a falta de estímulo do município, traduzindo-a em ausência de equipamentos sociais tanto para caminhar como para realização de outras práticas esportivas.

Kunzler et al (2014) afirmam que a caminhada é uma prática acessível à população, desde que existam espaços públicos adequados. A promoção da atividade física em larga escala no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é uma meta. Para mudar tal cenário, é fundamental investimentos em espaços adequados.

Brasil (2013, p. 10) afirma que:

O acesso ao esporte é direito de cada um e dever do Estado, pelo qual deve se garantir e multiplicar a oferta de atividades esportivas competitivas e de lazer a toda a população, combatendo todas as formas de discriminação e criando igualdade de oportunidades, prioritariamente, à população carente e aos marginalizados, como negros, índios, deficientes e mulheres das camadas mais pobres. A garantia de acesso ao esporte será um poderoso instrumento de inclusão social, considerando sua importância no desenvolvimento integral do indivíduo e na formação da cidadania, favorecendo sua inserção na sociedade e ampliando sobremaneira suas possibilidades futuras.

Firmino et al (2012) consideram que o esporte proporciona grande impacto no desenvolvimento social e da saúde da população. A partir da avaliação da importância do esporte e da realidade brasileira atual, pode-se entender esta atividade como importante agente capaz de contribuir para a superação de problemas sociais e econômicos apresentados pelo Brasil.

As ações para desenvolvimento desta atividade no país precisam ser abrangentes cobrindo desde a formação de atletas e construção de instalações esportivas até a criação de ligas profissionais e em mudanças na atual organização de pequenas comunidades.

Quanto ao lazer, verificou-se que as ACS percebem a ausência de espaços de recreação e associam o acesso ao lazer como privilégio de classes sociais mais elevadas, e que aos poucos os menos abastados estão conquistando esse acesso.

Para Ximenes et al (2013) o lazer é aquele momento em que o indivíduo não tem compromisso com nada, nem com ninguém, onde existem vários interesses tais como: físicos, artísticos, manuais, intelectuais e sociais. As atividades relacionadas com o lazer possuem características próprias, o que existe em comum entre esses diferentes tipos de atividades é que seus praticantes estão em busca do bem-estar e não de uma profissionalização.

Existem varias barreiras para a prática do lazer além do fator econômico, como a faixa etária, a violência, o mau planejamento urbano, a falta de estrutura de espaços sociais. O lazer reforça a importância da valorização do ambiente e fundamenta a preservação, revitalização de espaços urbanos.

Torna-se necessário reportarmos a definição de cultura, onde estamos dirigindo-se a um conjunto de hábitos, normas e valores que regem a vida humana em sociedade, com isso podemos observar que quando falamos em cultura, nesse sentido, estamos falando em algo que mexe com a vida das pessoas, que transforma e formam opiniões. Diante desses argumentos não podemos esquecer que o lazer faz parte da cultura e é um elemento importante (XIMENES et al, 2013).

Como já discutido no item anterior, houve uma intensa transformação na vida social de muitos brasileiros, ocorreram, dentre outros fatores, a valorização do salário mínimo, os programas de transferência de renda e um aumento no acesso à infraestrutura social, em conjunto com as medidas de expansão e barateamento do crédito, tudo isso têm sido decisivo para elevar o poder de compra e usufruto social das famílias, especialmente das mais pobres.

A importância do lazer para a qualidade de vida e sua função de consumo na sociedade moderna é hoje inquestionável.

Quanto ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, verificou-se que as ACS compreendem a vulnerabilidade que muitas vezes crianças e jovens se encontram, percebendo-se um reflexo da situação frágil das suas famílias.

Bittar e Nakano (2011) afirmam que o espaço de interação familiar é capaz de revelar as multiplicidades de fatores determinantes e/ou condicionantes que favorecem a expressão da violência como, por exemplo, a pobreza, a relação conflitante do casal, e o uso e abuso de álcool e outras drogas.

A violência não é uma ocorrência exclusiva de determinada classe, faixa etária ou população, entretanto, certos grupos da sociedade, como mulheres, crianças e adolescentes e idosos são prioritariamente vitimizados (BITTAR; NAKANO, 2011).

Em um estudo sobre a ocorrência de violência doméstica, 32% das famílias afirmaram que o álcool é um fator desencadeante da violência e 9% afirmaram que a ocorrência de violência está associada às drogas ilícitas (BRITO et al, 2005). Bittar e Nakano (2011) corroboram afirmando que a alta proporção de atos violentos quase sempre está associada ao uso de álcool ou as drogas ilícitas, entre agressores, suas vítimas ou ambos.

Conforme Ribeiro e Laranjeira (2012), o uso de drogas lícitas como a bebida alcoólica e o tabaco normalmente antecedem o uso de outras substâncias psicoativas, como a maconha, até o crack. Apesar da grande divulgação do crescente uso do crack, o álcool apresenta-se como a droga que mais apresenta danos aos indivíduos e à sociedade brasileira. O álcool oferece ao governo os maiores prejuízos econômicos, com doenças, acidentes, e muitos outros, sendo este a porta de entrada para as outras drogas (CORRÊA, 2011).

Segundo Santos e Ganem (2013) a bebida alcoólica é um produto de alto potencial destrutivo, que consegue atingir diversos setores das vidas dos indivíduos que abusem desta substância. O álcool provavelmente tem sua venda liberada devido a articulações políticas e econômicas de quem lucra com sua venda, ainda que sabedores de seu poder devastador.

A dependência química é um problema complexo e multifacetário. Deve-se pensar em políticas para prevenção ao consumo de drogas, uma vez que os jovens estão adentrando ao uso de bebidas alcoólicas prematuramente. E, como é sabido, a bebida alcoólica é a “porta de entrada” para o uso de outras drogas psicoativas (CORRÊA, 2011).

A família é a matriz do processo civilizatório, como condição para a humanização e para a socialização das pessoas. A educação bem-sucedida da criança na família é que vai servir de apoio à sua criatividade e ao seu comportamento produtivo quando for adulto.

Para Gomes e Pereira (2005) a família tem sido, é, e será a influência mais poderosa para o desenvolvimento da personalidade e do caráter das pessoas. Conclui que a família não é algo concreto, mas algo que se constrói a partir de elementos da realidade, um ser biopsicossocial.

Para a família pobre, marcada pela fome e pela miséria, a casa representa um espaço de privação, de instabilidade e de esgarçamento dos laços afetivos e de solidariedade.

Gomes e Pereira (2005) ainda afirmam que quando a casa deixa de ser um espaço de proteção para ser um espaço de conflito, a superação desta situação se dá de forma muito

fragmentada, uma vez que esta família não dispõe de redes de apoio para o enfrentamento das adversidades, resultando, assim, na sua desestruturação.

A realidade das famílias pobres não traz no seu seio familiar à harmonia para que ela possa ser a propulsora do desenvolvimento saudável de seus membros, uma vez que seus direitos estão sendo negados (GOMES; PEREIRA, 2005).

A situação de vulnerabilidade social da família pobre se encontra diretamente ligada à miséria estrutural, agravada pela crise econômica e falta de capacitação, que lança o homem ou a mulher ao desemprego ou subemprego.

Para Kaloustian e Ferrari (2006), por detrás da criança excluída da escola, está a família desassistida ou inatingida pela política oficial, onde a criança abandonada é apenas a contrapartida do adulto abandonado, da família abandonada, da sociedade abandonada.

Segundo Vieira et al (2008) em inquérito realizado sobre tabagismo entre escolares de 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental (atualmente 8º e 9º anos) e da 1ª série do Ensino Médio (atualmente 1º ano), em 12 capitais brasileiras, foi encontrado alto percentual de experimentação de cigarros entre 13 e 15 anos, variando de 36% no sexo masculino e 31% no feminino.

4.1.2 Classe 2: Redes Sociais e Comunitárias

A segunda categoria relata o nível de coesão social da comunidade no território específico da ESF. Percebeu-se que os ACS identificam a composição, organização e estrutura de redes sociais e comunitárias.

As redes sociais e comunitárias, incluídas no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) entre os DSS, são constituintes do chamado capital social, compreendido como o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos.

Verificou-se que as ACS possuem consciência e identificam a importância das redes sociais, fundamentais para a redução dos aspectos de fragilidade que a população está disposta. Isso pode ser um indício de conhecimento e valorização dos ACS no que se refere à produção de redes e de coesão social.

Cabe ressaltar que as redes vinculadas a instituições religiosas podem prestar auxílio em troca de filiação à fé, o que não possibilita uma participação autônoma e crítica sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, assim como o exercício pleno da cidadania.

O desgaste do capital social é um importante mecanismo por meio do qual as iniquidades socioeconômicas impactam negativamente a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social resultantes dessas iniquidades são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social e é neles também onde há menor participação na definição de políticas públicas (CNDDS, 2008).

4.1.3 Classe 3: Condições de Vida e Trabalho

As condições de vida e trabalho referem-se aos meios materiais necessários a subsistência e ao aporte educacional que a comunidade contempla. Percebeu-se que as ACS identificam questões sobre habitação, saneamento básico, condições do ambiente, educação, e emprego/desemprego e como elas influenciam os DSS.

A habitação constitui um espaço de construção e consolidação do desenvolvimento da saúde. A família tem na habitação seu principal espaço de sociabilidade, o que a transforma em um espaço essencial.

Dessa forma, é entendida como a ação do habitat em um espaço que envolve o elemento físico da moradia, a qualidade ambiental neste espaço construído, no seu entorno e nas suas inter-relações. Assim, um programa que incentive a construção de habitat saudável, aliando a iniciativa da habitação saudável e da estratégia da atenção primária ambiental, constitui uma ferramenta para a otimização dos resultados em um processo gradativo de melhoria da qualidade de vida (COHEN et al 2007).

Neste sentido, a habitação, com suas diversas extensões nas quais o indivíduo vive, deve ser pensada como determinante da saúde e elemento de consolidação do desenvolvimento social e melhoria da qualidade de vida.

Em relação ao saneamento observou-se que as ACS identificam a importância do saneamento básico como um dos pressupostos para um ambiente saudável e para a saúde comunitária.

Os dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) mostram que os desafios do saneamento básico ainda são enormes no Brasil, em especial no que diz respeito aos serviços de esgotamento sanitário e destino final do mesmo (SANTOS, 2012).

Apesar do aumento de investimento e do índice de atendimento da população nos serviços de água e esgoto, o déficit ainda é bastante elevado, onde, o avanço dos últimos anos se deu de forma bastante desigual entre as regiões. Há, portanto, um longo caminho a ser

percorrido para que o país dê conta de suas carências na infraestrutura para a universalização do saneamento.

Segundo Ferreira et al (2006) crianças em fase escolar, principalmente que vivem em áreas mais pobres, têm se mostrado alvo de infecções parasitárias, estando intimamente relacionadas ao subdesenvolvimento, à falta de saneamento ambiental, à falta de educação e à desinformação sanitária. Infecções por helmintos possuem influência no estado nutricional, crescimento e função cognitiva de escolares de países subdesenvolvidos além de serem causas de morbidade e mortalidade em todo mundo.

No que se relacionam as condições ambientais foi identificado que as ACS compreendem a relação de complementariedade da educação comunitária com o serviço público, como por exemplo, o desprezo do lixo em locais adequados.

Segundo Chor (2005) somente por meio de um trabalho de sensibilização que promova a tomada de consciência os indivíduos perceberão seu papel de agente diante da problemática ambiental, a um ponto que concebam que preservar o meio ambiente, é preservar sua rua, sua escola, sua cidade.

É refletir a respeito de suas atitudes e comportamentos e também sobre os demais agentes causadores dos problemas ambientais, que não é só de um indivíduo, de um Estado ou região, mas da sociedade global.

No que concerne às condições de renda da comunidade estudada, percebeu-se que as ACS identificam a importância educacional e técnica como agente de mudanças na vida da população.

Diminuir o analfabetismo e elevar a escolaridade da população de jovens e adultos são tarefas que têm desafiado as políticas públicas ao longo da história recente do Brasil. Atualmente, a União tem feito esforços neste sentido por meio do Programa Brasil Alfabetizado e Educação de Jovens e Adultos.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) o Nordeste é a região onde se concentram os maiores desafios para a erradicação do analfabetismo, onde, de acordo com a PNAD 2013, cerca de 7 milhões de jovens entre 15 e 21 eram considerados analfabetos.

Na Paraíba a taxa de analfabetismo geral corresponde a 25% da população e o estado possui 166 municípios com taxa de 74, 4% de analfabetos, ganhando em termos gerais só do estado de Alagoas e Piauí, primeiros do ranking (IPEA, 2013).

Uma das principais ações de inclusão do Plano Brasil sem Miséria é o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), coordenado pelo

Ministério da Educação (MEC). Criado pela Lei nº 12.513/2011, onde prevê a oferta gratuita de qualificação profissional para pessoas inscritas ou em processo de inclusão no CadÚnico, na modalidade intitulada Bolsa-Formação Trabalhador, sob a forma de cursos de Formação Inicial e Continuada (BRASIL, 2013).

No início de 2014, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e o Ministério da Educação (MEC) firmaram parceria para integrar o Programa Mulheres Mil ao Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego no âmbito do Plano Brasil Sem Miséria (PRONATEC/BSM). O Programa Mulheres Mil está estruturado em três eixos – educação, cidadania e desenvolvimento sustentável e busca possibilitar o acesso, com exclusividade, de mulheres historicamente em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade à educação profissional e tecnológica (BRASIL, 2014).

Percebeu-se que os ACS reconhecem a importância dessas iniciativas para melhoria da qualidade de vida da população, onde se verifica um predomínio de entendimento da importância do Estado nas mudanças sociais vividas, não possuindo meramente um entendimento individualizado do ser social.

Constatou-se que ACS identificam a educação e a família como os pilares da vida e o maior determinante social para atingir a saúde, enfatizando a importância da correlação harmoniosa entre ambas.

Entretanto, com todas as dificuldades ainda encontradas, percebeu-se que as ACS reconhecem um grande avanço no cenário da comunidade nos últimos 10 anos, no que se relacionam as melhorias no campo educacional e de acesso a bens e serviços, afirmando a importância do Estado para a mudança das iniquidades nos DSS no Brasil.

A pobreza e a exclusão social são fenômenos multidimensionais que envolvem a existência de características individuais, mas também a presença de patamares de bem-estar cujo acesso depende, em parte, do Estado (MARQUES, 2007). Dessa forma, a falta de acesso à educação, ou a uma educação de má qualidade, gera elementos que potencializam a exclusão social.

No Brasil, o acesso à escola é de 97,4% para a população de 6 a 14 anos e de 87,7% na faixa etária de 15 e 19 anos de idade, independentemente da classe de rendimento mensal (PENSE, 2012).

É comum entre os especialistas da educação, afirmar que a escola e a família compartilham funções sociais, políticas e educacionais, na medida em que contribuem e influenciam na formação do cidadão. A família, como agente socializador, como rede de apoio e desenvolvimento humano; e a escola, como um contexto diversificado de

desenvolvimento e aprendizado, um local de diversidade cultural, atividades, regras e valores. Um ambiente onde ocorre a construção de laços afetivos e o preparo para a inserção dos indivíduos na sociedade (POLONIA; DESSEN, 2005).

Segundo Pavez e Lotta (2009) embora os comportamentos sejam muitas vezes entendidos como uma responsabilidade individual e obedeçam ao princípio da liberdade, eles são fortemente influenciados por determinantes sociais. Por isso, podem e devem ser alvos de intervenção, o que dá suporte à alocação de mais recursos destinados ao básico, como a educação.

As desigualdades socioeconômicas são importantes determinantes sociais da saúde, principalmente para os jovens. Isso porque, de fato, são as condições econômicas, cultural, biológica e ambiental, nas quais o indivíduo é formado (CNDSS, 2008).

Percebeu-se que as ACS entendem a complexidade no que confere as condições de vida e nascimento de alguns grupos sociais.

A escolaridade dos pais, e em particular a da mãe, é considerada um importante fator de proteção para a saúde de crianças e adolescentes. A forte associação com as condições econômicas confere a essa variável à possibilidade de ser utilizada como um importante medidor das condições de vida de uma criança ou adolescente (PENSE, 2012).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação que foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira que se uniram com o objetivo da promoção da saúde e educação integral (BRASIL, 2013).

Segundo Polônia e Dessen (2005) a articulação entre escola e rede básica de saúde é o alicerce para uma estratégia de integração da saúde e da educação com vistas ao desenvolvimento da cidadania e a integração das políticas públicas brasileiras.

Constatou-se que as ACS possuem conhecimento, de como esses serviços estão se comunicando, se relacionando e qual a sua eficácia no contexto familiar e comunitário. Entendemos que a articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação implicam mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois propiciam a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade.

A concepção e a estrutura familiar têm atravessado mudanças expressivas, por diversas razões, dentre as quais se destacam a redução da fecundidade, a mudança das composições e formatos de família, o crescimento dos divórcios e o aumento do percentual de famílias monoparentais (QUEIROZ et al, 2010).

O planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos, e também a prevenir gravidez indesejada. Todas as pessoas possuem o direito de decidir se terão ou não filhos, e o Estado tem o dever de oferecer acesso a recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem a prática do planejamento familiar.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, mais de 120 milhões de mulheres em todo o mundo desejam evitar a gravidez. Por isso, a Lei do Planejamento Familiar foi desenvolvida pelo Governo Brasileiro, com o intuito de orientar e conscientizar a respeito da gravidez e da instituição familiar (BRASIL, 2013).

Segundo Rocha (2013) do ponto de vista do desempenho social, nesses últimos anos, houve uma grande mudança na trajetória brasileira desde 1970, apresentando a sobreposição de evoluções favoráveis do nível e da distribuição de renda, levando à queda sustentada da pobreza, ao mesmo tempo em que se mantém como pano de fundo a tendência de longo prazo de melhoria dos indicadores sociais.

Considerações Finais

Diante da experiência vivenciada e compartilhada, foi possível observar que os ACS possuem conhecimento sobre os DSS, associando condições de moradia, trabalho, escolarização, alimentação, atividade física, entre outros, com o estado de saúde dos indivíduos e famílias. Foi visto que os ACS identificam a educação e a família como os principais pilares para a redução das iniquidades em saúde.

A equipe de saúde da família e os ACS precisam articular-se, para fortalecer os laços comunitários e as ações intersetoriais com escolas, creches, instituições religiosas e organizações não governamentais. Para isso, é importante não se perder de vista a intrínseca correlação entre desigualdade social e saúde, motivando sempre a luta pelos direitos à cidadania, à saúde de qualidade, o acesso à escolarização, ao trabalho digno, a salário e moradia, entre outros.

O grande desafio observado não é a redução das desigualdades sociais para o alcance da saúde, mas sim, a diminuição das iniquidades, que são as desigualdades consideradas injustas, evitáveis e desnecessárias, tanto para o indivíduo, quanto para toda a comunidade.

Para que as heterogeneidades em saúde sejam diminuídas deve haver, inicialmente, investimento no capital humano, uma reflexão crítica ideológica da sociedade como um todo, priorizando as relações sociais e, assim, a vida.

Assim, fica exposta a relevante contribuição que esta pesquisa trouxe para a atenção aos DSS, para os serviços de saúde e para as equipes que compõem as ESF no Brasil.

Reconhecemos que esta pesquisa não se constitui em um esgotamento do tema, já que reflete uma abordagem local regional de uma UBS e de poucos ACS, possuindo uma ampla complexidade no contexto social.

Referências

AVELAR, F. M. J. Agente comunitário de saúde e a educação permanente em saúde. **Atualizações Científicas**. Rio de Janeiro; v. 4. n. 2. dez. 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4314.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2014.

AVILA, M. M. M. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Rev. Ciência e saúde Coletiva**, Ceará; v 16. 2011. Disponível em: <http://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/Ma_Marlene.pdf>. Acesso em: 2 out. 2014.

ADAMOLI, A. N; SILVA, M. C; AZEVEDO, M. R. Prática da caminhada no lazer na população adulta de Pelotas, RS. **Rev. Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas; v. 16, n.2, p. 113-119, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/568>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

BADZIAK, F. P. R; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Rev. de Saúde Pública**. Santa Catarina; v.3, n.1, jan/jun. 2010. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/51/114>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

BACKES, M.T.S et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro; v. 17, n. 1 jan/mar. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>>. Acesso em 25 nov. 2014.

BITTAR, B. D; NAKANO, S. M. A. Violência intrafamiliar: análise da história de vida demães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis; 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/02.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

BORNSTEIN, J. V; DAVI, L. S. M. H; ARAÚJO, G. W. J. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. **Rev. interface: comunicação, saúde e educação**. Rio de Janeiro; v.14, n. 32, p. 93-101, jan/mar. 2010. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/08.pdf>>. Acesso em out. 2014.

BUENO, L. Políticas Publicas do esporte no Brasil: razões para o predomínio do alto rendimento. **Fundação Getúlio Vargas**. 2008. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2493/72040100444.pdf?sequence=2>>. Acesso em: 13 de dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília – DF. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012.** Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores de Desenvolvimento Brasileiro.** Brasília, jan. 2013. Disponível em:<<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/simulacao/pdf/Indicadores%20de%20Desenvolvimento%20Brasileiro-final.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica e Saúde na escola.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério do Esporte. **Programa esporte e lazer da cidade PELC.** Brasília – DF. 2013. Disponível em:<<http://portal.esporte.gov.br/arquivos/snelis/esporteLazer/diretrizesPELCEdital2013.pdp>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

_____. Ministério da Educação. **Pronatec – Brasil Sem Miséria: mulheres mil.** Brasília – DF. 2014. Disponível em:<http://www.mds.gov.br/documentos/cartilha_mulheres_mil%202014_editado.pdf> Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. Ministério da Educação. **Pronatec - Desenvolvimento Social.** Brasília – DF. 2013. Disponível em:<http://www.mds.gov.br/brasilsemmiseria/arquivos/Pronatec_BSM_nova_pdf>. Acesso em: 10 de fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção Básica.** Brasília- DF. 2012. Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 05 de mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Brasília – DF. 2015. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 05 de mar. 2015.

BRITO, A. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro; v. 10, n. 1, p. 143-149, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a15v10n1.pdf>>. Acesso em: 11 de fev. 2015.

BUSS, M. P; FILHO, P. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro; v. 17, p. 77-93. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 05 de ago. 2014.

- CABRAL, A; BRAGAGLIA P. A; SEABRA, I. A publicidade infantil no Brasil e suas implicações ético-legais: estudo empírico em campanhas voltadas ao dia da criança. **Rev. Temática**. Rio de Janeiro; n. 12. Dez. 2012. Disponível em:< http://www.insite.pro.br/2012/Dezembro/publicidade_infantil_brasil.pdf>. Acesso em: 11 de fev. 2015.
- CAMPOS, S. W. G et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Saúde em debate. 2. ed. v. 170, p. 968, São Paulo. 2012.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.
- CORRÊA; R. G. Introdução à reabilitação de dependentes químicos. Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia. **Rev. Educação à Distância**. Curitiba- PR. 2011. Disponível em:< <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2499>>. Acesso em: 10 de jan. 2015.
- COHEN, S. C; BODSTEIN, R; KLIGERMAN, C. D; MARCONDES, W. B. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Rev. Cien. Saude Colet**. Rio de Janeiro; v. 12, n. 1. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/18.pdf>>. Acesso em: 10 de jan. 2015.
- CHOR, D; LIMA, C. R. A; Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set./out. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/33.pdf>>. Acesso em: 11 de jan. 2015.
- CNDSS. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde: as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília- DF. Abril. 2008. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2014.
- DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. **Rev. Institute for Future Studies**. Stockholm: 1991. Disponível em:< <http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>>. Acesso em: 02 de ago. 2014.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 04 de mar de 2015.
- DOWBOR, T. P. **O trabalho com determinantes sociais da saúde no programa saúde da família do município de São Paulo**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2008. Disponível em:< <file:///C:/Users/USER/Downloads/DowborT.pdf>>. Acesso em: 12 de nov. 2014.
- DUARTE, R. L; SILVA, R. J. S. D; CARDOSO, H. S. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Rev. interface: Comunicação Saúde**

educação. São Paulo; v. 11, n. 23, p. 439- 447, set/dez. 2007. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a04v1123.pdf>>. Acesso em: 14 de set. 2014.

ELIAS, M. L. Como escrever um bom relato de experiência em implantação de sistema de informações de custo no setor público. **I SENREG – CG.** Auditório da FIEP – Belém – PA. Mar. 2014

FERREIRA, H; LALA, E. R. P et al. Estudo epidemiológico localizado da frequência e fatores de risco para enteroparasitose e sua correlação com o estado nutricional de crianças em idade pré-escolar. **Rev. Biol. Saúde.** Ponta Grossa- MG. v. 6, n. 1. 2006. Disponível em:<
<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/442/443>>. Acesso em: 20 de fev. 2015.

FERRAZ, D. A. S; MENES, M. I. Avaliação da implementação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo. **Cad. de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 2, n. 25, p. 240-250, fev. 2009. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/06.pdf>>. Acesso em: 12 de dez. 2014.

FERMINO, R. C; REIS, R. S; CASSOU, A. C. Fatores individuais e ambientais associados ao uso de parques e praças por adultos de Curitiba – PR. **Rev. Brasileiro Cineantropometria de Desempenho Humano.** Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 377-379, 2012. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v14n4/02.pdf>>. Acesso em: 03 de fev. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, S. F; CASTRO R, R. I; MONTEIRO, A. C. Publicidade de alimentos no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Alimento/artigos.** São Paulo. v. 62, n. 4. 2011. Disponível em:<
<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v62n4/a15v62n4.pdf>>. Acesso em: 19 de fev. 2015.

GOMES, A. M; PEREIRA, D. L. M. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva.** Fortaleza – CE; v. 10, n. 2. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf>>. Acesso em: 13 de dez 2014.

Haidar, F. H; OLIVEIRA, U. F; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro; v. 17, n. 4, p. 1025-1029, ago. 2001. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5309.pdf>>. Acesso em: 19 de fev. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Infográficos: dados gerais da Paraíba.** Brasília – DF. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente em Picuí.** Paraíba. Diário Oficial da União. Brasília – DF. 2014.

IERVOLINO, S. A. PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP.** São Paulo – SP; v. 35, n.2, p.115-21,

jun, 2001. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>>. Acesso em: 10 de out. 2014.

IPEIA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. 2013. Disponível em:< http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_21_cap06.ppd>. Acesso em: 19 de fev. 2015.

KUNZLER, R. M.; ROCHA, S. E; BOMBACH, D. G; NEVES, D; SANTOS, S. G; CARPES, P. R. Saúde no parque: características de praticantes de caminhada em espaços públicos de lazer. **Rev. Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, N. 102, P. 646-653. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0646.pdf>>. Acesso em: 11 de jan. 2015.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LOTTA, G. S. PAVEZ, P. Tais agentes de implementação: mediação, dinâmicas e estruturas relacionais. **XXXIV encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/apb425.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

LOTTA, G. Burocracia Implementadora e o Combate à Pobreza: Agentes Comunitários de Saúde na promoção de inclusão social. **XXXIV Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro. set 2010. Disponível em:<<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/apb425.pdf>>. Acesso em: 12 de fev. 2015.

MARQUES, E. C. **Redes sociais, segregação e pobreza em São Paulo**. Tese de Livre Docência. (Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo). 2007. Disponível em:< http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/tes_2007_Redес_sociais.pdf>. Acesso em: 13 de jan. 2015.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. **Rev. HUCITEC**. São Paulo; 11 ed. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/27.pdf>>. Acesso em: 11 de jan. 2015.

NASCIMENTO, L. P. E; CORREA, S. R, C. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Rev. Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro- RJ; v. 6, p, 1304-1313, jun. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/11.pdf>>. Acesso em: 07 de ago. 2014.

NETO, T. A; COLESSANTI, M. T. M. Lixo: uma palavra, vários olhares. Departamento de Geociências Laboratório de Pesquisas Urbanas e Regionais. **Simpósio Nacional sobre Geografia, Percepção e Cognição do Meio Ambiente**. Londrina – PR. 2005. Disponível em:< https://www.unisul.br/wps/wcm/connect/2991358d-dee6-4649-8a50-a99c29b252bb/apoio_lixo_ed-ambiental_projetos-ext.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 12 de fev. 2015.

NOBRE, N. L; LAMOUNIER, A, J; FRANCESCHINI, C. C. S. Padrão alimentar de escolares e fatores associados. **Jornal de Pediatria**. v. 88. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n2/a06v88n2.pdf>>. Acesso em 19 de fev. 2015.

OLINTO, M. T. A; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1137-1142, dez. 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n4/3618.pdf>>. Acesso em: 19 de fev. 2015.

PENSE. Pesquisa Nacional de Saúde do escolar. Ministério da Saúde. Plano estratégico. **Ministério do planejamento, orçamento e gestão**. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em:< http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/eventos/missao/planejamento_estrategice_ibge_2012_2015.pdf>. Acesso em: 19 de fev. 2015.

PEREIRA, C. I; OLIVEIRA, C. A. M. Atenção primária, promoção da saúde e o sistema único de saúde: um diálogo necessário. **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo. p, 109. 2014.

POLONIA, A. C.; DESSEN, M. A. Em busca de uma compreensão das relações entre família e escola. **Rev. Psicologia Escolar e Educacional**. Maringá – PR. Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional - Abrapee, v. 9. dez. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pee/v9n2/v9n2a12.pdf>>. Acesso em: 18 de fev. 2015.

QUEIROZ, M. V. O; RIBEIRO, E. M. V; PENNAFORT, V. P. S. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis – SC; v. 19, n. 2, p. 291-299, abr./jun. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/10.pdf>>. Acesso em: 11 de jan. 2015.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre os idosos. **Rev. Sociologias**. Porto Alegre; v. 4, n. 7, p. 156-175, jun. 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>>. Acesso em: 12 de jan. 2015.

ROCHA, S. Pobreza no Brasil: a evolução de longo prazo (1970-2011). **INAE – Instituto Nacional de Altos Estudos - XXV Fórum Nacional**. Rio de janeiro. 2013. Disponível em:< <http://www.forumnacional.org.br/pub/ep/EP0492.pdf>>. Acesso em: 29 de ago. 2014.

SANTANA, F. R et al. Conhecimento de agentes comunitárias de saúde acerca dos determinantes sociais em sua comunidade adscrita. **Rev. eletrônica de Enfermagem**. Rio de Janeiro; v. 2, p. 248-256, abr/jun. 2006. Disponível em:< <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/13102/11620>>. Acesso em: 13 de ago. 2014.

SANTOS, M. M. A; GIMENEZ, P. C. L; REBOUÇAS, E. C; SCHMITT, L. S. Esportes no Brasil: situação atual e proposta para o desenvolvimento. **Análise 6 do BNDES e assessoria da diretoria de operações industriais do BNDES**. 2014. Disponível em:< http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/bnset/esporte.pdf>. Acesso em: 19 de fev. 2015.

SANTOS, M. S. C; GANEM, G. M . K; A bebida alcoólica como “porta de entrada” para o uso de outras drogas psicoativas. **Rev. Saúde e Pesquisa**; v. 6, n. 2, p. 305-313, maio/ago. 2013. Disponível em:< http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/vi_mostra/cristina_silveira_moraes_santos.pdf>. Acesso em: 18 de fev. 2015.

SANTOS, F. J; Saneamento básico: desafios e cenários para a universalização. **42^a Assembleia Nacional da ASSEMAE**. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de saneamento ambiental. 2012. Disponível em:<
<http://www.assemae.org.br/42assembleia/apresentacoes/Terca-feira%20%2812%20de%20junho%29/Johnny.pdf>>. Acesso em: 19 de fev. 2015.

RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. O Tratamento do usuário de crack. **Rev. Artmed**. Porto Alegre- RS; 2 ed. 2012. Disponível em:<
http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docBibliotecaVirtual/O_Tratamento_do_UsuaUsu_d_e_crack.pdf>. Acesso em: 19 de fev. 2015.

TAVARES, G.A. **A comunicação entre os agentes comunitários de saúde e usuários do Programa de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR. 2012. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nexAction=lnk&exprSearch=339074&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 de dez. 2014.

VERNASQUE, S. R. J. **Determinantes sociais da saúde: os olhares dos profissionais da atenção básica do município de Marília-SP**. Dissertação (Mestrado em ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Programa Medicina Preventiva. São Paulo. 2010. Disponível em:
<[file:///C:/Users/USER/Downloads/JulianaRibeiroSilvaVernasque%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/JulianaRibeiroSilvaVernasque%20(1).pdf)>. Acesso em: 23 de set. 2014.

VIEIRA, C.P; AERTS, C. G. R. D; FREDDO, L. S et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, nov. 2008. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/04.pdf>>. Acesso em 20 de fev. 2015.

XIMENES, F. R. G. X; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 1, p. 36-45, jan-fev. 2008. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/06.pdf>>. Acesso em: 12 de jan. 2014.