

GLADEMIR SCHWINGEL

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NAS CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS
E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO
COM OS PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS

UNIVATES

LAJEADO, 2008

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

GLADEMIR SCHWINGEL

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ambiente e Desenvolvimento, tendo sido julgado pela Banca Examinadora formada pelos professores:

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Prof. Dr. João Batista Siqueira Harres – Orientador, UNIVATES

Membro: Prof. Dr. Atos Prinz Falkenbach – Co-Orientador, UNIVATES

Membro: Profa. Dra. Nilva Lúcia Rech Stédile, UCS

Membro: Profa. Dra. Jane Mazzarino, UNIVATES

Lajeado, maio de 2008.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. João Batista Siqueira Harres. Educador de primeira grandeza soube ser paciente, dedicado, disponível e questionador, sempre que preciso. Ele próprio definiu-se como o “desorientador” e, na acepção da palavra, exerceu este papel, no sentido de desafiar minhas concepções, meus paradigmas, desnorteando-me algumas vezes. Admirei-o nas primeiras aulas. Encerro esta jornada de orientação, admirando-o ainda mais.

Ao professor Dr. Atos Prinz Falkenbach, co-orientador, pela sua disponibilidade, toda vez que foi requisitado. Às professoras Dra. Nilva Lúcia Rech Stédile e Dra. Jane Mazzarino, por participarem da Banca Examinadora e contribuírem na minha formação acadêmica e pessoal.

A todos os professores do Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento, os quais souberam na medida certa instigar o espírito crítico, estimular o bom debate, que faz crescer, abre a cabeça, nos desenvolve enquanto seres humanos.

Aos colegas deste mestrado, pioneiros que somos neste programa de formação, vindos de áreas tão distintas e, mesmo assim, com o propósito construtivo de somar opiniões, conhecimentos, vivências, em nome da ciência.

Aos profissionais enfermeiros e médicos que entrevistei. Foram sempre disponíveis e colaborativos, desde o primeiro contato. Às amigas e colegas Betina Schwingel, Magali Nardini Kury pela pronta contribuição em determinado momento da pesquisa.

Uma distinção especial à Cássia Regina Gottler Medeiros, Álvaro Gustavo Wagner Junqueira, Ioná Carreno, Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha, Ana Bender Pereira, Lúcia Adriana Jungles Pereira, parceiros no fascinante mundo da pesquisa. Todos cresceram juntos nos momentos de aprendizado, acredito.

Aos amigos espalhados por aí, nos vários círculos nos quais transito. Todos são importantes, na sua proporção. Todos contribuíram, e contribuem, na minha formação, sempre, a cada encontro.

À minha família, a Arthur e Júlia. Ambos “sofreram” na pele meus momentos de introspecção, de ansiedade, de recolhimento à leitura, à pesquisa, à redação... Arthur, na sua inocência infantil, papai te ama muito. Júlia, na sua cumplicidade, eu te amo muito.

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Básica define a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioridade para mudar a atenção à saúde, do enfoque centrado na doença para a integralidade da atenção. Assim, esta pesquisa analisou as concepções de enfermeiros e médicos integrantes das equipes de saúde da ESF sobre o processo saúde-doença e suas interfaces com o ambiente. Buscou-se identificar a influência destas concepções no diagnóstico, planejamento e práticas profissionais relacionadas aos problemas socioambientais e na perspectiva da integralidade. No estudo foram entrevistados 5 médicos e 5 enfermeiros. As entrevistas foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo. Os resultados indicam que os enfermeiros e médicos manifestam uma concepção de saúde-doença que reconhece sua determinação social, embora persistam sinais da concepção médico-centrada. Além disso, no processo de trabalho da equipe de saúde, estes profissionais apontam dificuldades relacionadas à integração da equipe, apoio da administração pública e perfil para trabalhar com enfoque na integralidade. Para agir sobre os problemas socioambientais, estes profissionais identificam como limites uma questão sociocultural (consumismo), o poder político, a economia de mercado e a organização da equipe de trabalho. Afirmam que boa parte da população não se preocupa com a questão ambiental. A educação em saúde, o engajamento de outros profissionais da saúde, o trabalho intersetorial e as mudanças culturais em andamento são indicados como possibilidades. Conclui-se que as concepções reveladas pelos profissionais não são efetivamente transformadas em práticas profissionais. Neste contexto, o trabalho da equipe de saúde tem pouco impacto sobre os problemas socioambientais, sendo que as ações são dirigidas, sobretudo, na doença. Como implicação destes resultados, propõe-se que estratégias de educação continuada e educação permanente em saúde sejam ampliadas, para melhorar a atenção em saúde focada na integralidade, conforme preconiza o SUS.

Palavras-chave: Saúde e Ambiente. Estratégia de Saúde da Família. Integralidade. Problemas Socioambientais.

ABSTRACT

The National Politics of Basic Attention defines that Family Health Strategy (ESF) as priority to change the attention to the health, of the approach centered in the illness for the completeness of the attention. This research analyzed the conceptions of nurses and medical doctors integrant of the teams of health of the ESF on the process health-illness and its interfaces with the environment. One searched to identify the influence of these conceptions in the diagnosis, planning and practical professionals related to the socio-ambient problems and the perspective of the completeness. In the study 5 medical doctors and 5 nurses had been interviewed. The interviews had been analyzed by the method of Analysis of Content. The results indicate that the nurses and medical doctors reveal a conception of health-illness that recognizes its social determination, even so it persist signals of the doctor-centered conception. In the process of work of the health team, these professionals point difficulties related to the integration of the team, support of the public administration and profile to work with approach in the completeness. To act on the socio-ambient problems, these professionals identify as limits a socio-cultural question (consumerism), the power politician, the market economy and the organization of the work team. They affirm that good part of the population is not worried about the ambient question. The education in health, the enrollment of other professionals of the health, the inter-sector work and the cultural changes in progress are indicated as possibilities. One concludes that the conceptions disclosed for the professionals effectively are not transformed into practices. In this context, the work of the health team has little impact on the socio-ambient problems, being that the actions are directed, over all, in the illness. As implication of these results, it is considered that strategies of continued education and permanent education in health are extended, to improve the attention in health approach in the completeness, as it praises the SUS.

Key- Words: Health and Environment. Family Health Strategy. Completeness. Socio-ambient Problems.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Comparativo entre Brasil e região da 16ª CRS quanto ao esgotamento sanitário, segundo informações do Censo 2000	21
Tabela 2	Da atenção médica primária à atenção primária em saúde	48
Tabela 3	Comparativo da evolução percentual do PIB por setores econômicos 1900-2000	52
Tabela 4	Categorias referentes às concepções do processo saúde-doença	78
Tabela 5	Problemas do Sistema de Saúde do Brasil, segundo seus principais componentes e medidas propostas pela reforma sanitária	140

LISTA DE SIGLAS

- 16ª CRS – 16ª Coordenadoria Regional de Saúde
- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- AMVAT - Associação dos Municípios do Vale do Taquari
- APA – Atenção Primária Ambiental
- APS – Atenção Primária em Saúde
- BDR/UNIVATES – Banco de Dados Regional / UNIVATES.
- CIT - Comissão Intergestores Tri-Partite
- CNUMAD - Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992)
- CODEVAT - Conselho Regional de Desenvolvimento do Vale do Taquari
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (),
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- COPASAD – Conferência Pan-Americana sobre Saúde, Ambiente e Desenvolvimento
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- DORT - Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho
- DRI - Desenvolvimento Rural Integrado
- E - Enfermeiro
- EACS - Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde
- EPI – Equipamento de Proteção Individual
- ESF- Estratégia de Saúde da Família
- FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
- GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
- GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituições de Ensino Superior

LER - Lesões por Esforço Repetitivo

M - Médico

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde.

NOB- Norma Operacional Básica

NOB/RH-SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA	12
1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO	16
1.3 PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS E SAÚDE: UMA RELAÇÃO RELEVANTE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E NA REGIÃO DO VALE DO TAQUARI	17
1.3.1 A Política Nacional de Atenção Básica.....	17
1.3.2 A região da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (Vale do Taquari)	18
1.3.3 Condições socioambientais da região	19
1.3.4 De onde parte a pesquisa: o olhar do autor.....	23
1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	26
2 REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1 A EVOLUÇÃO DAS CONCEPÇÕES DA ATENÇÃO EM SAÚDE E O SUS	27
2.2 APROXIMAÇÕES ENTRE SAÚDE E AMBIENTE NA DIREÇÃO DO PARADIGMA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE	43
2.2.1 A Atenção Primária Ambiental e a Atenção Primária em Saúde e suas convergências	45
2.2.2 O Movimento Cidade/Município Saudável e o seu foco na melhoria das condições de vida da população	49
2.3 A ESF: DE 'PROGRAMA' A 'ESTRATÉGIA'.....	53
2.3.1 Como são formados os profissionais da equipe de saúde da ESF?	59
2.3.2. Paradigmas da formação em saúde.....	62
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	67
3.1 METODOLOGIA.....	67
3.2 AS ENTREVISTAS COM OS ENFERMEIROS E MÉDICOS	69
3.3 INTERPRETAÇÃO E INFERÊNCIAS.....	71
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	73
4.1 OS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESF	73
4.2 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E SUAS INTER-RELAÇÕES COM AS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELA ESF.....	74
4.2.1 O processo saúde-doença nas concepções dos enfermeiros e médicos.....	74
4.2.2 As condições gerais de vida da população assistida pela ESF	86

4.2.3 Aproximações entre Saúde e Ambiente na concepção de enfermeiros e médicos da ESF	92
4.2.4 Os problemas socioambientais na formação acadêmica dos profissionais de saúde.....	96
4.3. OS PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS NO COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF	100
4.3.1 Repercussões dos problemas socioambientais sobre a saúde das pessoas atendidas pela ESF	104
4.3.2 O envolvimento da população frente aos problemas socioambientais	106
4.4. O PROCESSO DE TRABALHO DA ESF E A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE.....	109
4.5 LIMITES E POSSIBILIDADES DA ESF EM SAÚDE E AMBIENTE	122
5 REFLEXÕES SOBRE AS CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS .	137
5.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O SEU IMPACTO NAS CONDIÇÕES GERAIS DE VIDA DA POPULAÇÃO.....	137
5.2 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, SUA FORMAÇÃO E SUAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS.....	149
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
REFERÊNCIAS.....	161
APÊNDICE 1	180
APÊNDICE 2	182
APÊNDICE 3	184

1 INTRODUÇÃO

Estabelecer a relação entre ambiente e desenvolvimento é uma reflexão da maior relevância, em que pese toda discussão acerca da sustentabilidade¹. Mesmo na região da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (16ª CRS)² sentimos os efeitos do crescimento desmedido, sem controle. As condições de vida da população da região do Vale do Taquari não são melhores do que em outras regiões do Rio Grande do Sul, ou mesmo do Brasil, no que se refere ao saneamento, destino dos resíduos sólidos (lixo), água tratada ou outras questões ambientais, como veremos adiante.

Inserido na linha de pesquisa “espaço e problemas socioambientais” do Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento, buscamos aproximar as questões ambientais do **campo da saúde**. Por campo da saúde entendemos o delimitado pelo Informe Lalonde (1974)³, que estabelece o modelo de atenção à saúde a partir de quatro pólos: (a) a biologia humana; (b) o ambiente, incluindo os aspectos social, psicológico e físico; (c) o sistema de organização dos serviços, para a assistência na recuperação, cura e reabilitação e (d) o estilo de vida, onde se podem considerar os

¹ Sustentabilidade – Nos amparamos em Leff (2005): “a sustentabilidade ecológica aparece assim como um critério normativo [...] como uma condição para a sobrevivência humana e um suporte para chegar a um desenvolvimento duradouro, questionando as próprias bases da produção” (p.15).

² A área da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde compreende um conjunto de municípios similar à composição da região conhecida como Vale do Taquari, cujo município principal é Lajeado, situado a 120 quilômetros de Porto Alegre. Trata-se de região com colonização predominante de imigrantes alemães, italianos e lusitanos. Comporta população de cerca de 360 mil habitantes, em 2008.

³ LALONDE, Marc. *A New perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Office the Canadian Minister of National Health and Welfares. 1974.

padrões de consumo, o trabalho e seus riscos ocupacionais e as atividades de lazer (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p. 305).

A humanidade começou a se preocupar com a degradação ambiental na década de 1960 (CAPRA, 1996, 2005a; LEFF, 2005). Nesse mesmo período a saúde entrou numa crise paradigmática (MENDES, 1999), como veremos adiante. Ambos os temas, saúde e ambiente, a partir daí, tornam-se centrais no debate da comunidade científica nacional e internacional. Na saúde, um novo paradigma está em construção. No ambiente, ou agimos, ou o futuro da humanidade no planeta está sob ameaça.

À luz da Constituição Federal em vigor, de 1988, é atribuição dos governos implementarem o Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção básica em saúde é uma das propostas do governo, em suas três esferas - União, estados e Distrito Federal, e municípios. E, no âmbito da atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioridade.

Ao longo da dissertação a ESF e os problemas socioambientais se inter-relacionam. Investigamos junto a enfermeiros e médicos, como ocorre essa aproximação. Na introdução ao tema deste estudo buscamos abordar alguns aspectos importantes que se referem ao trabalho: a atenção básica, a ESF, a região da 16ª CRS e seus problemas socioambientais.

A partir dos objetivos da pesquisa e das entrevistas realizadas com os enfermeiros e médicos da ESF, procuramos levantar algumas questões acerca da formação profissional, especificamente no que diz respeito ao preparo para atuar na lógica da saúde coletiva e dos princípios do SUS, especialmente a integralidade. Além disso, buscamos analisar as concepções destes profissionais desafiados a trabalharem de acordo com o preconizado pelo SUS, mas ainda impregnados pelo modelo médico-assistencial voltado à doença, que constitui o paradigma hegemônico na saúde, convergente ao cartesianismo, que comparou o corpo humano a um relógio (CAPRA, 2005a).

1.1 CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

Nesta primeira década do século XXI, a humanidade tem bons motivos para se preocupar com sua sobrevivência no planeta Terra. Problemas socioambientais decorrentes das mudanças climáticas, como o efeito estufa, o aquecimento global, os danos na camada de ozônio têm sido abordados cotidianamente na mídia⁴, e as notícias não são nada boas. A crise energética causada pela escassez dos combustíveis fósseis é outro aspecto que incide sobre a condição socioeconômica do planeta (OPAS, 1999; FREITAS e PORTO; LOPES; 2006).

Estes temas são planetários, dependem de ações tanto locais, quanto transnacionais, a partir de macro-políticas internacionais como o Protocolo de Kyoto⁵ (VIOLA, 2002). O debate internacional sobre a questão ambiental influenciada pelo desenvolvimento recebeu impulso em 1972, por meio da Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente Humano, em Estocolmo, na Suécia, que discutiu a degradação ambiental e suas repercussões sobre o Planeta Terra⁶ (BARBIERI, 2000; BROMBERGER, 2003; LEFF, 2005).

No nível local (na região, município ou bairro), o abastecimento de água, sistema de esgoto, coleta e destinação do lixo, drenagem de águas pluviais, controle de insetos e roedores, saneamento dos alimentos, controle da poluição ambiental, saneamento da habitação, dos locais de trabalho e de recreação, o planejamento territorial são questões socioambientais que dependem de diferentes atores sociais (OPAS, 1999). Santos e Westphal (1999) reforçam que esta realidade impacta as condições de saúde da população, estimando que mais de 600 milhões de pessoas

⁴ Sugestão: o site <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/artigos.asp?cod=392OFC001>, apresenta texto de Ulisses Capozzoli, publicado em 01/08/2006, intitulado “Aquecimento global e a consciência da mídia”, no qual avalia criticamente o comportamento da mídia frente ao tema.

⁵ O Protocolo de Kyoto entrou em vigor em 16/02/2005, com a meta de reduzir a emissão de gases poluentes no planeta. O documento foi assinado por 141 países. Apenas 30 países industrializados, no entanto, estão sujeitos a essas metas. O Brasil ratificou o tratado, mas não teve de se comprometer com metas específicas porque é considerado país em desenvolvimento. O protocolo foi acordado em 1997 na cidade japonesa de Kyoto, mas só ganhou força para entrar em vigor depois que a Rússia decidiu ratificá-lo, no ano passado. Era necessário que o tratado reunisse os responsáveis por pelo menos 55% das emissões. (Folha de São Paulo, 2008).

⁶ Considerando que, desde a Conferência de 1972, a indústria química mundial cresceu 9 vezes a uma taxa anual de cerca de 3%, com tendência de crescimento na produção e comercialização nos próximos trinta anos, espera-se um aumento global nos níveis de contaminação ambiental e de humanos expostos aos seus riscos (FREITAS e PORTO, 2006, p.70).

vivem em condições risco de vida e à saúde, em áreas urbanas de países em desenvolvimento.

Mas, quando nos referimos à ‘atores sociais’, no parágrafo anterior, os quais têm um papel tão relevante, quem são eles? A quem cabe o trabalho de promover a qualidade de vida? Considerando ser necessário abordar os problemas socioambientais de forma intersetorial, os profissionais do ‘campo da saúde’ são atores privilegiados, à medida que no seu trabalho cotidiano estes estão em contato permanente com a população, especialmente nas políticas públicas vinculadas ao SUS, no Brasil. Trata-se, portanto, de implementar a qualidade de vida, a qual Silva define conforme segue:

É um conceito polissêmico, ou seja, que encerra vários significados e interpretações dependendo de quem o elabore e qual a dimensão esteja sendo valorizada para explicá-lo [...] Varia com as diferentes culturas, mas, em geral, a qualidade de vida associa-se com valores materiais e também valores não-materiais, como liberdade, realização pessoal, solidariedade e felicidade. Essas várias abordagens encerram um consenso que pode ser aplicado às várias definições: se queremos saúde e qualidade de vida deve-se considerar um patamar mínimo, que diz respeito à satisfação das necessidades elementares como (1) alimentação; (2) acesso à água potável; (3) habitação; (4) trabalho; (5) educação; (6) saúde e (7) lazer. No mundo ocidental, a negação da qualidade de vida seria a exclusão social, o desemprego e a violência (Silva, 1996)

É atribuição dos profissionais da saúde olhar o ser humano num contexto amplo, que ultrapassa a incidência ou não da doença. Ele deve ser percebido integrado no ambiente que o cerca, reconhecendo-se a influência que esta interação tem sobre ambos. Neste sentido, a temática *Saúde e Ambiente* (MINAYO e MIRANDA, 2002a; AUGUSTO *et al*, 2003; FREITAS e PORTO, 2006), a estratégia *Cidades/Municípios Saudáveis* (OPAS, 1996; MOTTA *et al*, 1998), ou a *Atenção Primária Ambiental* (OPAS, 1999) são propostas como uma evolução nas políticas de saúde ao incorporarem uma nova perspectiva de atuação do setor saúde e, especificamente, dos profissionais do campo da saúde.

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

sendo destacados como fundamentais para o desenvolvimento de melhores condições de vida para a população. Neste sentido, o SUS busca instituir um novo modelo tecnoassistencial em saúde, que considere os aspectos sociais, culturais, econômicos, ambientais que movem a sociedade, usuária dos serviços públicos de saúde (MENDES, 1999, 2001; BRASIL, 2003a; SILVA JUNIOR, 2006).

É papel do SUS programar políticas públicas que qualifiquem a atenção à saúde, não apenas na assistência ao doente, mas promovendo, prevenindo, educando, vigiando as condições sócio-sanitárias da população. Neste contexto, em 1994 o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), renomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir da Portaria Ministerial 648/06⁷. A ESF visa incidir sobre a vida das comunidades atendidas de forma perene, no desenvolvimento não só da assistência à saúde, mas de ações efetivas de promoção e prevenção, com ênfase na saúde coletiva (COSTA NETO, 2000; BROMBERGER, 2003; SILVA JUNIOR, 2006).

A partir deste preâmbulo, uma questão que advém é a identificação dos obstáculos que eventualmente impedem que as relações entre Saúde e Ambiente sejam correntes na saúde pública brasileira, mais especificamente na ESF. Já foi exposto que os atores sociais atuantes no campo da saúde devem identificar ações que incidem sobre os problemas socioambientais.

Neste estudo, focado nos **enfermeiros** e **médicos** que atuam em equipes de saúde da ESF na região da 16ª CRS, partimos do pressuposto de que estes dois profissionais da saúde possuem uma individualidade, uma série de concepções que influenciam sua prática profissional. Suas histórias de vida, seu processo de formação acadêmica e suas escolhas profissionais comportam subjetividades que certamente marcam seu trabalho junto à população.

Conhecer estes profissionais da saúde, suas concepções referentes à saúde, à doença e as relações que estabelecem com as questões ambientais são uma forma de buscar identificar obstáculos ao desenvolvimento de políticas focadas na

⁷ PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

busca de ambientes saudáveis, propícias para uma melhor qualidade de vida. Analisar como agem em relação às condições de vida das pessoas residentes em seu território de atuação e como avaliam essa ação é uma forma de tentar compreender limites deste trabalho e eventuais possibilidades.

Procuramos analisar as concepções dos enfermeiros e médicos sobre os problemas socioambientais, nesta interdependência de saúde e ambiente. O SUS propõe uma mudança de modelo na atenção à saúde no Brasil, indicando o caminho da saúde coletiva (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998; MENDES, 1999, 2001; CARVALHO, 2005). Neste contexto, os profissionais da saúde são atores sociais importantes dentro da equipe de saúde pois detém o saber da formação acadêmica, o que lhes atribui um poder técnico sobre os outros membros da equipe mínima estabelecida pela Portaria Ministerial 648/06GM⁸ e sobre a população com a qual trabalham (BRASIL, 2007b).

No entanto, um grande desafio se impõe sobre o trabalho de enfermeiros e médicos. Ao mesmo tempo em que devem orientar suas práticas na saúde coletiva, na integralidade, na equidade, na universalidade, enfim, em todos os princípios e diretrizes do SUS, que veremos adiante com mais profundidade, o modelo/paradigma médico-assistencial, centrado na doença, provavelmente ainda sobrevive nas concepções destes profissionais. É deste pressuposto que partimos. O entrechoque é inevitável. Como se adequar à proposta de mudança de modelo/paradigma para a atenção em saúde?

⁸ PORTARIA 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006 – Capítulo II– Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família – Item I: Da Infra-estrutura e dos Recursos Necessários: São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família: Inciso I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo geral

Analisar as concepções dos enfermeiros e médicos da ESF sobre o processo saúde-doença e suas inter-relações com o ambiente, identificando sua influência nos processos de diagnóstico, planejamento e práticas relacionadas aos problemas socioambientais com enfoque na integralidade da atenção em saúde.

Objetivos específicos

- Analisar as concepções dos enfermeiros e médicos sobre o processo saúde-doença e suas inter-relações com o ambiente.
- Interpretar as concepções dos enfermeiros e médicos sobre as condições de vida das pessoas atendidas pela ESF.
- Examinar o conhecimento que diferentes atores sociais têm sobre as inter-relações entre saúde e ambiente, nas concepções de enfermeiros e médicos.
- Averiguar os Problemas Socioambientais efetivamente abordados no cotidiano do trabalho dos enfermeiros e médicos da ESF.
- Interpretar o processo de trabalho das equipes de saúde da ESF, buscando caracterizar elementos relevantes que interferem na sua dinâmica.
- Identificar e refletir sobre limites e possibilidades no desenvolvimento de ações dirigidas aos problemas socioambientais na ESF, na perspectiva da intersetorialidade.

1.3 PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS E SAÚDE: UMA RELAÇÃO RELEVANTE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E NA REGIÃO DO VALE DO TAQUARI

1.3.1 A Política Nacional de Atenção Básica

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

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

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

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

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

Como definem estes dois textos, não é atribuição do gestor público⁹ implementar serviços que atendam ao “doente” tão somente. Ao contrário, ele deve, com a participação da comunidade, constituir uma rede de atenção à saúde dirigida às necessidades de saúde de toda população em todos os seus aspectos, desde a promoção, a prevenção, cura, recuperação e manutenção da saúde (MENDES,

⁹ Quanto a gestor público, nos referimos às três esferas de governo, federal, estadual e municipal.

1999; ANDRADE, 2006).

A partir da definição de **atenção básica** acima descrita, se a ESF for compreendida como um instrumento de transformação social, então lhe cabe intervir sobre as condições sócio-sanitárias da população. Nesta perspectiva ganha significado averiguar qual o nível de importância que os problemas socioambientais têm para os enfermeiros e médicos que atuam nesta política pública.

A sociedade vem sofrendo uma rápida transição demográfica, com a concentração de grandes contingentes humanos em centros urbanos, os quais na maioria das vezes enfrentam problemas quanto a atender às necessidades da população (FREITAS e PORTO, 2006). O resultado disso são as dificuldades de acesso a água, ao destino correto de resíduos sólidos, de esgotamento sanitário, entre outros problemas. A ESF, desde a sua implantação, por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), trabalha com informações sobre as condições ambientais e de saneamento, as quais devem ser consideradas no planejamento das ações a serem desencadeadas pela equipe de saúde. Isto de fato ocorre?

Os enfermeiros e médicos da ESF conseguem, no seu cotidiano de trabalho, trabalhar com foco na atenção básica em saúde? Estes profissionais incidem de fato sobre as condições de vida da população ou reproduzem o modelo tradicional de atenção à saúde, centrado na doença?

A relevância do tema justifica a investigação, que pretende contribuir na construção de conhecimentos acerca da ESF, suas dificuldades, limites e potencialidades.

1.3.2 A região da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (Vale do Taquari)

A 16ª CRS comporta um conjunto de 42 municípios da região da Encosta Inferior do Nordeste, entre o eixo Santa Cruz do Sul/Caxias do Sul. O limite meridional é Taquari, a leste São Valentim do Sul, a oeste Boqueirão do Leão e a norte Barros Cassal e Itapuca (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

O maior município da região em população é Lajeado, com 68.726 habitantes em 2007 (IBGE, 2008). Este município está distante cerca de 120 quilômetros de Porto Alegre, capital do Estado. Os outros municípios que fazem parte da região constam no Apêndice III. A região comporta muitos municípios pequenos, tanto em área quanto população. A população estimada em 2007 alcançava 363.446 habitantes, sendo 181.725 do sexo masculino e 181.721 do sexo feminino (IBGE, 2008). Essa população representa 3,28% da população do estado do Rio Grande do Sul.

Além de Lajeado, têm mais de 20 mil habitantes somente os municípios de Estrela, Taquari, Teutônia e Encantado. Existe um grupo de 6 municípios com população entre 10 mil e 20 mil habitantes; 5 municípios entre 5 mil e 10 mil habitantes e os demais 26 municípios têm menos de 5 mil habitantes (IBGE, 2008).

Politicamente, a região está organizada na Associação dos Municípios do Vale do Taquari (AMVAT) e no Conselho Regional de Desenvolvimento do Vale do Taquari (CODEVAT). Estas entidades diferem um pouco na composição do número de municípios, em relação à 16ª CRS, pois alguns municípios não participam da AMVAT e do CODEVAT.

1.3.3 Condições socioambientais da região

a) Acesso à água potável¹⁰

Segundo dados do Censo do IBGE realizado em 2000¹¹, no RS, quanto ao abastecimento de água, 80,6% da população consumiam-na proveniente da rede geral canalizada. Na região da 16ª CRS, este percentual não ultrapassava 71,7% (IBGE, 2008). Este dado indica que neste ano a região tem dificuldades quanto à

¹⁰ Dia 22/03 é o Dia Mundial da Água. Reportagem do jornal Correio do Povo, de 22/03/2008 indica que a Organização das Nações Unidas recomenda o consumo per capita de 110 litros/dia. Nas capitais brasileiras esse consumo alcança 150 litros/dia, sendo que em São Paulo chega a 220 litros/dia. A reportagem aponta que, conforme o Instituto Socioambiental (ISA), 45% da água retirada dos mananciais que abastecem as capitais estaduais do Brasil é desperdiçada em vazamentos, o que representa 6,14 bilhões de litros de água por dia,

¹¹ O Censo de 2007 deteve-se ao censo agropecuário e à contagem da população, não se aprofundando nos aspectos investigados no censo de 2000.

questão, na medida em que parcela importante da população consome água de outras fontes, como nascentes e poços, possivelmente não tratados, expondo ao risco seus consumidores.

A água fornecida pela rede geral canalizada deve passar por inspeção periódica quanto à sua qualidade e recebe o tratamento com cloração, para desinfecção, e fluoretação, para reduzir a incidência de cárie dentária (MOTA, 1999; CORSAN, 2008).

Segundo Mota (1999), a água para o consumo humano deve apresentar padrões de potabilidade, que são alcançados mediante o tratamento das impurezas físicas, químicas ou biológicas. Estes padrões são estabelecidos pelos órgãos de saúde pública e os parâmetros definidos quanto à turbidez, o pH, a cor, o cloro livre residual, a incidência de fluoretos, de coliformes totais e coliformes termotolerantes (BRASIL, 2001b, CORSAN, 2008).

Em nível nacional, o Ministério da Saúde implementou em 2000 o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA), com o objetivo de “coletar registrar, transmitir e disseminar os dados gerados rotineiramente, provenientes das ações de vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano”, pela Portaria Ministerial 1469/2000 (BRASIL, 2001b). Esta portaria define a política pública nacional relacionada à qualidade da água, estabelecendo regras e responsabilidades das três esferas de governo.

b) Esgotamento sanitário dos dejetos humanos

O Censo de 2000 revela dados sobre o esgotamento sanitário, o que permite uma comparação com a região da 16ª CRS.

Tabela 1: Comparativo entre Brasil e região da 16ª CRS quanto ao esgotamento sanitário, segundo informações do Censo 2000:

	<i>BRASIL</i>	<i>16ª CRS</i>
Rede geral de esgoto	26,3	7,9
Fossas sépticas	40,7	44,2
Fossas rudimentares	24,6	26,3
Valas	4,0	4,8
Rios, lagos e mar	0,9	0,7
Sem instalação sanitária	2,5	3,9
Sem informação	1,0	12,2
Total	100	100

Fonte: IBGE (2008), adaptado pelo autor.

Segundo Mota (1999), muitos microorganismos patogênicos são lançados ao ambiente por meio do esgoto e assim há a possibilidade concreta do contato com o ser humano. Como demonstram os dados, trata-se de um problema relevante em todo território brasileiro, inclusive na região da 16ª CRS. Os números apurados para a região da 16ª CRS apresentam-se apenas regulares em relação às médias nacionais.

c) Coleta e destino dos resíduos sólidos (lixo)¹²

Quanto ao lixo, a FEPAM (2008) classifica-o em lixos orgânico e inorgânico/seco. O lixo orgânico é resultado de restos de animais ou vegetais e o lixo inorgânico é proveniente de materiais de embalagens que podem ser reciclados (MOTA, 1999; FEPAM, 2008).

No Censo de 2000, para o RS, 83,2% da população tinha o seu lixo/resíduo sólido coletado, 11,2% queimava-o, 2,9% enterrava-o, 1,8% jogavam-no e 0,8% davam outro destino (DATASUS, 2008a, 2008b). Aparentemente, números razoáveis, mas, se os percentuais forem transformados em números absolutos, veremos que mais de um milhão de pessoas queima o lixo produzido em suas residências. Outro contingente de quase 300 mil pessoas enterra o lixo.

Dados do IBAM (2008), extraídos da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico/IBGE 2000, indicam que os resíduos sólidos urbanos coletados naquele ano no Brasil eram destinados a aterros sanitários em 47% das situações. Outros 23,3% destinavam-se a aterros controlados, 30,5% para lixões, 0,4% para compostagem e apenas 0,1% para triagem. Percebemos que mesmo os resíduos sólidos coletados têm parte importante com destino impróprio. Esta informação adverte para a dimensão do problema da poluição ambiental que os resíduos sólidos provocam.

Na região da 16ª CRS, em análise das informações disponíveis no SIAB, portanto com cobertura da ESF ou da EACS (Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde) em setembro de 2007, 69,9% tinham o lixo coletado, 25,1% queimavam ou enterravam e 4,9% jogavam-no a céu aberto (DATASUS, 2008b). Estes números são, reafirmamos, de setembro de 2007, ou seja, nesta regional os índices ainda são preocupantes, piores que aqueles observados pelo Censo 2000 para o RS.

¹² A FEPAM (Fundação Estadual de Proteção Ambiental Henrique Luiz Roessler – RS) apresenta o seguinte conceito para resíduo sólido (lixo): É todo o resíduo que apresente estado físico sólido, semi-sólido ou pastoso, ou ainda, que apresente estado físico líquido com características que tornem inviável seu tratamento para posterior lançamento na rede de esgotos ou corpos de água, independente de seu destino final. (FEPAM, 2008).

Se levarmos em conta que estas informações estão disponíveis às equipes de saúde da ESF, pois elas próprias inserem-nas no SIAB, transparece a importância de que sejam levados em conta no processo de análise da situação de saúde e no planejamento das ações e serviços.

1.3.4 De onde parte a pesquisa: o olhar do autor

Este estudo é do tipo descrito exploratória, qualitativa. Esta análise é parcial, pois resulta de uma interpretação pessoal frente às informações coletadas nas entrevistas realizadas, sendo a neutralidade um objetivo difícil de alcançar (MORAES, 1999). Diante disto, cremos ser necessário identificar o olhar de partida do autor.

Sou fisioterapeuta, graduado pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em janeiro de 1994. O período de formação é relevante, pois ocorreu no período de implantação do SUS, na primeira metade da década de 1990. Apesar disto, em toda trajetória universitária a nova política nacional de saúde lançada na Constituição Federal de 1988 não sofreu nenhuma discussão. A formação do fisioterapeuta, à época, era eminentemente voltada à reabilitação, dirigida ao portador de patologias diversas, ou seja, uma formação centrada na doença, na funcionalidade dos órgãos e sistemas do corpo humano.

Após a conclusão do período universitário, trabalhei na iniciativa privada, com atendimento clínico e na assistência de portadores de necessidades especiais, em escola especial mantida por APAE. Este período se estendeu de meados de 1994 ao final de 1996.

No ano de 1996 me envolvi na vida político-partidária. Fui candidato a vereador, porém não me elegi. No entanto, a coligação partidária que defendia venceu as eleições. Nas discussões pós-eleições fui indicado e aceitei o cargo de Secretário Municipal de Saúde, Habitação e Bem-Estar Social de Teutônia (RS). Assumi o cargo em janeiro de 1997.

Este fato foi um 'divisor de águas' que me levou a atuar na saúde pública, até

aquele momento totalmente desconhecida. Fui secretário em uma pasta nova, sem estrutura, com uma equipe mínima de servidores municipais e uma população na expectativa por mudanças na condução política local, depois de 15 anos de comando do mesmo grupo político, derrotado em 1996.

O sistema de saúde local comportava dois hospitais privados filantrópicos, três unidades sanitárias estaduais com pouca estrutura e uma cultura de encaminhamentos a Porto Alegre para atendimentos com especialistas (SCHWINGEL, 2002). A saúde não era municipalizada e havia muito por fazer. Assim, o ano de 1997 foi de aprendizado contínuo. Aprovamos o primeiro Plano Municipal de Saúde de Teutônia, junto ao Conselho Municipal de Saúde em maio daquele ano. Tomamos outras providências burocráticas visando o processo de municipalização da saúde. Iniciamos os trâmites para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Algumas medidas relacionadas à habitação e ao bem-estar social também foram desencadeadas. Foram várias frentes de trabalho, que contaram com erros e acertos. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) começou a operar em dezembro de 1997. Terminamos o processo de municipalização da saúde no início de 1998. Assumimos as Unidades Sanitárias estaduais e reformamos duas unidades, construímos outra no bairro Languiru e projetamos uma quarta no bairro Alesgut. Contratamos três médicos e abrimos inscrições para concurso público.

No segundo semestre de 1998 ocorreram eleições estaduais. Os partidos políticos coligados no município entraram em rota de colisão em nível estadual. A situação ficou insustentável no plano municipal, a coligação foi rompida e pedi a minha exoneração.

De toda forma, os quase dois anos nessa experiência foram fundamentais na minha formação em saúde pública. Vivenciei a prática do papel de gestor, sem fundamentação teórica suficiente, no entanto. Mas, cabe acrescentar, pela primeira vez articulou-se na minha formação a relação entre saúde e sociedade, as condições de vida da população, seu bem-estar, o saneamento, enfim a relação saúde e ambiente.

No ano de 1999 fui alçado à condição de coordenador da 16ª CRS. Na época

a região comportava 37 municípios e a repartição pública tinha cerca de 50 servidores. Era uma equipe multiprofissional que contava com médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, assistentes sociais, psicólogos, médicos veterinários, nutricionistas, administradores de empresas, farmacêuticos, entre outros. Os desafios regionais diziam respeito à construção de redes de serviços, implantação da ESF nos municípios, qualificação profissional, estruturação das vigilâncias em saúde, entre outras medidas. O governo estadual de então propiciou facilidades para a qualificação profissional. Isto foi fundamental para meu embasamento teórico-prático. Voltei a estudar, cursei especialização. Em 2002 realizei concurso público na Secretaria Estadual de Saúde (SES), e desde então sou servidor público estadual lotado na 16ª CRS.

Este relato, creio, permite dizer que o meu olhar sobre a ESF parte da vivência como gestor municipal e regional de saúde, onde se almejavam resultados concretos a curto e médio prazo. Melhorar a assistência em saúde, com uma rede de serviços suficientemente ampla para dar conta das necessidades da população era o objetivo principal. A base teórica do SUS, com seus princípios e diretrizes, se incorporou depois à minha formação.

Em resumo, a minha formação acadêmica foi tecnicista, onde a saúde pública/saúde coletiva não foi abordada. Isto representou uma carga de dificuldades nas atividades desenvolvidas adiante, onde formação, discurso e práticas entraram em choque. As concepções atuais de saúde e doença, apesar do esforço pela mudança, ainda carregam elementos do modelo tradicional de atenção em saúde, centrado na doença.

Parto deste ponto de conflito, acreditando na proposta da atenção básica na ESF, mas reconheço que os profissionais das equipes de saúde possivelmente também venham num processo de mudança de paradigmas.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

No desenrolar deste trabalho, no capítulo 2 fazemos uma revisão da literatura relacionada ao tema em estudo, delineando as interfaces entre saúde, ambiente, problemas socioambientais e algumas políticas dirigidas a eles, a ESF e os profissionais que a compõem. No capítulo 3 descrevemos a metodologia utilizada neste estudo, a fase de coleta de informações, a organização destas informações, suas interpretações e inferências. No capítulo 4 apresentamos e analisamos os resultados das interpretações realizadas, identificando as diferentes concepções categorizadas relativas às entrevistas transcritas e interpretadas. Já no capítulo 5, lançamos algumas reflexões a partir das concepções dos enfermeiros e médicos e no que isto implica nas suas práticas profissionais. No capítulo 6 encerramos o estudo, retomando algumas questões propostas, os objetivos do estudo e identificamos alguns aspectos que poderiam ser desenvolvidos em trabalhos futuros.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A EVOLUÇÃO DAS CONCEPÇÕES DA ATENÇÃO EM SAÚDE E O SUS

O SUS se efetivou legalmente na Constituição Federal de 1988, embora como destaca Mendes (1999) não foi seu início, pois se trata de um processo social em marcha, inacabado ainda, uma reforma social e como tal tem seu tempo de maturação, sujeito a conflitos de interesses, de ordem ideológica e política.

Bartolomei *et al* (2003), acrescentam que a carta magna reconhece que a saúde e a doença não têm sua origem restrita à biologia. Ela é determinada por uma série de fatores sociais, constituindo-se em um processo de grande complexidade, tendo em vista as variáveis políticas, econômicas, sociais, tecnológicas e culturais presentes.

A maior conquista desse quarto de século de lutas para melhorar o sistema de saúde é o texto da nova Constituição. Ele consagra o resgate da saúde da condição de mercadoria, e eleva à dignidade de direito de cidadania, além de concebê-la de forma ampla, como vinculada às condições gerais de vida, trabalho e cultura (discurso de David Capistrano Filho em 29/08/1989, citado em CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 22/23).

No contexto da fala deste autor, Santos e Westphal (1999) defendem que a determinação do processo saúde-doença ultrapassa o campo da saúde. Os autores realçam que este processo é dependente de ações coordenadas, intersetoriais, visto ser ele condicionado por uma mediação social dinâmica.

Diz o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

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 sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2001a, p. 13).

Este texto remete a uma profunda mudança na concepção de saúde ao referir-se ao direito à saúde de forma igualitária e universal, mediante políticas públicas, o que Cunha e Cunha (2001) denominam de “conceito ampliado de saúde”, o qual é interdependente com o direito à vida. Estes autores afirmam que, nesta visão, este conceito incorpora elementos do meio físico, como condições geográficas, água, alimentação, entre outros, do meio socioeconômico e cultural, como emprego, educação, hábitos e garantias quanto ao acesso aos serviços de saúde de forma integral.

Esta concepção que o SUS preconiza tem origem num contexto histórico de questionamento da relação saúde e doença. Este debate vem ocorrendo no campo da saúde em escala mundial desde a década de 1970, a partir do lançamento do Informe Lalonde, em abril de 1974, a meta “Saúde para todos no ano 2000”¹³, em 1977, e a Conferência de Alma-Ata¹⁴, ambos coadunando na necessidade de mudanças no modelo de atenção em saúde vigente (PAIM, 1999a; BECKER, 2001; ANDRADE e BARRETO, 2002; SPERANDIO *et al*, 2004).

Acerca da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, Paim e Almeida Filho (1998) destacam que ela reafirma a saúde como direito do homem, o que implica em responsabilidade dos governos e ações intersetoriais. A OMS, segundo estes autores, no final de década de 1970 “patrocina uma reflexão articulada sobre as bases de uma Nova Saúde Pública (p.305/306)”. As práticas de saúde dominantes não são compatíveis com as necessidades da população. É necessário buscar outras alternativas.

¹³ Saúde Para Todos no Ano 2000 foi lançado na Assembléia Mundial de Saúde realizada em 1977 proporcionada pela OMS, e propunha estender a cobertura de serviços básicos de saúde a partir de sistemas simplificados de assistência a saúde. (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998)

¹⁴ Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata / Rússia, entre 06 e 12 de setembro de 1978.

Este modelo dominante, denominado por Mendes (1999) como 'médico-assistencial privatista' instituiu-se na década de 1960, e privilegia a medicina curativa, individual, assistencialista e especializada, relegando ao segundo plano a saúde pública (TEIXEIRA, 1989).

Com efeito, a Saúde no Brasil, nas décadas de 1970/1980, passava por profunda crise, marcada pela escassez de recursos públicos aplicados no setor e pela baixa ação governamental na formulação de políticas públicas (CUNHA e CUNHA, 2001; CORDEIRO, 2005). Cordeiro (2005) realça que ocorria um estímulo oficial à rede privada de hospitais, a qual causava déficits crescentes à Previdência Social e ao Ministério da Saúde¹⁵.

O Ministério da Saúde, com um orçamento baixo, foi impotente para desenvolver, com eficiência, ações de prevenção e promoção em saúde. Por conseqüência, os quadros epidemiológicos ficaram cada vez mais preocupantes, com a elevação na incidência de doenças infecto-contagiosas e a piora geral na saúde dos brasileiros, especialmente nas camadas sociais com maiores dificuldades socioeconômicas. Porém, esta situação estava mascarada pela censura imposta pelo regime político vigente, com o comando dos militares (ANDRADE e BARRETO, 2002; BERTOLLI FILHO, 2006).

Neste contexto, os militares, no final de década de 1970, propõem uma abertura política gradual, permitindo o ressurgimento de movimentos sociais organizados. Estes protestam por mudanças no cenário nacional, inclusive na área da saúde e, nesta esteira, surge o denominado movimento da Reforma Sanitária, sintonizado ao debate internacional por "Saúde para Todos no ano 2000", conforme proposto pela OMS - Organização Mundial de Saúde (TEIXEIRA, 1989, PAIM, 1999a).

Em 1986, o Brasil realiza a sua VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual contou com a participação de representantes dos usuários dos serviços de saúde. O evento é campo fértil para o movimento da Reforma Sanitária, o qual esteve

¹⁵ Bertolli Filho (2006), à página 51, apresenta quadro comparativo da participação do Ministério da Saúde no orçamento da União. Enquanto que 1961 o percentual alcançava 4,57%, este foi decaindo gradativamente, ao ponto de em 1970 não passar de 1,11%. O ápice da crise orçamentária para a Saúde deu-se em 1974, com apenas 0,94% dirigidos à saúde.

presente, mobilizado e articulado, e propõe uma alternativa ao modelo médico-assistencial vigente (BECKER, 2001; BRASIL, 2006a; ANDRADE, 2006).

O país vive, nesta época, a Constituinte. Dois anos depois é aprovado o texto final da Constituição Federal de 1988, dando vida ao novo sistema de saúde. Foi um momento de grandes conflitos de interesses, dos movimentos da reforma sanitária à representação do setor empresarial privado que buscava manter o quadro da saúde de então (TEIXEIRA, 1989). Esta autora realça que a organização dos movimentos sociais ligados à reforma sanitária garantiu que boa parte de suas reivindicações estivessem inclusas no texto constitucional, quais são os princípios e diretrizes do próprio SUS.

A atenção à saúde se fortalece incorporando em suas concepções e práticas, princípios e diretrizes que tem a ver com a tentativa de diminuir iniquidades e alcançando melhores condições de vida a toda população, em consonância às aspirações internacionais da OMS e, principalmente, do movimento da Reforma Sanitária, representativa de diversos movimentos sociais (CUNHA e CUNHA 2001, ANDRADE e BARRETO, 2002; BRASIL, 2006a; ANDRADE, 2006)

Este panorama favorável, no entanto, não ocorreu sem grandes entreechos ao longo do tempo. Como veremos adiante, a relação do homem com a saúde/doença sempre foi marcada por características determinadas pelo contexto sócio-histórico do local e época em que dada sociedade vive.

Scliar (2002) usa a expressão 'do mágico ao social' pra referir-se à evolução dos modelos de atenção à saúde ao longo do tempo. Diz este autor que é instintivo do homem evitar o contato com substâncias que prejudicam a saúde ou a exposição a situações de risco e, 'não obstante [...] adoecemos' (p. 13).

A adaptação do homem ao ambiente foi determinante para a ocupação geográfica do planeta Terra, desde o berço africano até a povoação da Europa, Ásia, América e Oceania (DIAMOND, 2002). As concepções acerca da vida e morte, e por conseqüência as relações entre saúde e doença nas sociedades primitivas definiam-se em torno de um olhar mágico e/ou religioso, que paulatinamente foi se

transformando numa abordagem mais empírica em Roma e, principalmente, na Grécia¹⁶ (GUTIERREZ e OBERDIEK, 2001; SCLIAR, 2002,).

Não por acaso, Hipócrates é nomeado o pai da Medicina. A obra hipocrática, segundo Scliar (2002), institui “uma visão racional da medicina, bem diferente da concepção mágico-religiosa...” (p.22). O olhar empírico permite desmistificar a relação saúde/doença. Da ênfase no corpo doente, impuro, ou tomado por maus espíritos, ganha importância a influência do ambiente sobre o homem. “Ares, águas, lugares”, que para Hipócrates¹⁷, simboliza esta mudança de concepção, quando “discute os fatores ambientais ligados à doença [...] ao mesmo tempo em que enfatiza a multicausalidade na gênese das doenças” (SCLIAR, 2002, p. 24; BEDIN, 2003):

A evolução da atenção à saúde, a partir daí, tem influência direta das observações empíricas, embora tenha havido uma progressão muito lenta ao longo de toda Idade Média (GUTIERREZ e OBERDIEK, 2001). Neste período imperou o poder da Igreja, com suas restrições à violação do corpo e explicando as doenças sob o prisma da “purificação como forma de atingir a graça divina que incluía, sempre que merecida, a cura” (SCLIAR, 2002, p. 30). Grandes epidemias ocorreram, e a medicina de então não estava preparada para o embate¹⁸.

No Brasil, o período colonial que durou mais de três séculos significou dificuldades para a população, a partir da falta de estrutura e condições de vida, freqüentes doenças e epidemias, além de conflitos com os indígenas (BERTOLLI

¹⁶ Segundo SCLIAR (2002), a Grécia, com sua religião panteísta, teve forte influência no desenvolvimento da Medicina. A divindade da Medicina cultuada pelos gregos era Aesculapius, e além dele também eram reverenciadas as deusas Hygieia (Saúde) e Panacea (Cura).

¹⁷ Segundo Gutierrez e Oberdiek (2001), Hipócrates “defendia a prática clínica com cuidadosa observação da natureza” e “deu ênfase nos chamados humores do corpo [...] que causam doenças, e seus elementos: fogo (coração), ar (pituíta do cérebro) terra (bile amarela) e a água (bile negra do estômago)” (p. 05).

¹⁸ Não é objetivo de este trabalho aprofundar a história da atenção à saúde. Recomendamos a leitura, entre outros, de:

- SCLIAR, Moacir. Do Mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2002.
- ANDRADE, S. M., SOARES, D. A. e CORDONI JUNIOR, L. (Org.). Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Ed. UEL, 2001
- GORDON, Richard. Os grandes desastres da medicina. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.
- THORWALD, Jürgen. O Segredo dos médicos antigos. 2ª edição. São Paulo: Melhoramentos, 1989.

FILHO, 2006). Segundo este autor, mesmo a Independência política não representa grandes mudanças nesta situação, que se estendeu por todo século XIX.

Na história brasileira, a organização sócio-política foi determinada pelas classes sociais mais ricas (FREITAS e PORTO, 2006). A população mais pobre apresentava grandes dificuldades em acessar atendimento à suas necessidades de saúde. Neste contexto, cabia às entidades religiosas a caridade de atender às pessoas doentes, o que se reflete no surgimento das ‘santas casas de misericórdia’ e outros hospitais ligados a ordens religiosas, que ainda hoje atuam na administração de serviços privados de saúde (WEBER, 2006).

O século XIX caracterizou-se por notável evolução no campo da pesquisa biológica, atrelada que estava à Revolução Industrial em curso (SCLIAR, 2002). Paim e Almeida Filho (1998) destacam que este período foi marcante para as condições de vida e de saúde das populações. Primeiro pelo processo de trabalho que se instituiu na indústria nascente e, segundo, pela aglomeração urbana crescente. Os avanços ocorridos se refletiram nos trabalhos de Louis Pasteur¹⁹, Robert Koch²⁰, dentre outros. Estes pesquisadores identificaram os agentes causadores de várias doenças:

Entre 1880 e 1898 foram descobertos os germes causadores da febre tifóide, da hanseníase, da lepra, da malária, da tuberculose, do mormo, do cólera, da erisipela (o streptococo, responsável também por outras infecções), da difteria, da febre de Malta, do cancro mole, da pneumonia pneumocócica, das infecções estafilocócicas, do tétano, da peste, do botulismo, da desinteria (Shigela) (SCLIAR, 2002b, p. 76).

Neste contexto, abriu-se uma nova perspectiva de atenção a saúde. A revolução industrial, os avanços das ciências em vários campos e o cartesianismo influenciaram a formação dos profissionais de saúde, como veremos adiante.

A chamada revolução bacteriana, que tantos benefícios trouxe à humanidade, teve, no entanto, como efeito colateral, o retrocesso no pensamento da medicina social, efeito que contamina até hoje, a

¹⁹ Louis Pasteur, químico francês, armado de seu microscópio desenvolveu a teoria microbiana da doença. A partir dela, vacinas e antibióticos puderam ser desenvolvidos (SCLIAR, 2002).

²⁰ Robert Koch, em 1882 isolou o agente causador da tuberculose e estabeleceu os postulados da teoria microbiana da doença em relação a esse agente: a) o agente deveria estar presente em cada caso diagnosticado da tuberculose; b) o bacilo não poderia ser encontrado em outras doenças; c) quando isolado deveria ser capaz de reproduzir a doença em animais de experimentação; d) deveria ser recuperado a partir destes animais de experimentação (SCLIAR, 2002).

mentalidade da maioria dos nossos colegas das áreas biomédicas (MINAYO, 2002b, p. 179).

As condições de saúde dos brasileiros, no início do século XX eram críticas. Segundo Bertolli Filho (2006), em 1918 havia no Brasil 20 milhões de pessoas no meio rural, dos quais cerca de 17 milhões com parasitas intestinais, 10 milhões de pessoas com malária, que se somavam a outras doenças. Muitas pessoas tinham várias doenças concomitantemente. Este autor cita o personagem Jeca Tatu, do escritor Monteiro Lobato que “era um homem fraco e desanimado, cujas enfermidades o impediam de participar do esforço de fazer o Brasil progredir” (p. 22), como símbolo do homem do interior do Brasil.

A saúde no século XX enfrentou muitos embates políticos e ideológicos, marcados por certa ausência do Estado, travada por diferentes atores sociais que resultaram em mudanças significativas, ainda em andamento (PEREIRA e RAMOS; ANDRADE; 2006). No início desse século, em relação à saúde cabe destacar o médico Oswaldo Cruz, que dirigia a Diretoria Geral de Saúde Pública e adotava o “modelo de campanhas sanitárias destinado a combater as endemias urbanas e, posteriormente, as rurais” (CARVALHO, *et al*, 2001, p. 28).

Da posição de certa ausência do Estado, de liberalidade, de não envolvimento na oferta de serviços de qualquer ordem²¹, há uma reviravolta com o surgimento da Previdência Social. Esta se torna necessária com a nascente economia urbana mais organizada do começo do século (PEREIRA e RAMOS, 2006). Segundo Cunha e Cunha (2001), a Previdência Social nasce na década de 1920, a partir da Lei Eloy Chaves, dando origem às Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP).

As décadas de 1930 e 1940 marcaram algumas iniciativas, como a associação das práticas sanitárias à educação, mediante a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, de caráter político-administrativo fortemente centralizado (BERTOLLI FILHO, 2006). Cunha e Cunha (2001) destacam, como

²¹ Segundo Andrade *et al* (2001), naquele período a assistência individual de saúde eram eminentemente privadas e o atendimento hospitalar público se dirigia aos psicóticos, hansenianos e tuberculosos, que eram abrigados e isolados. Nos demais casos, aos que não tinham condições de custear a assistência restavam o amparo de entidades de caridade, geralmente as Santas Casas de Misericórdia.

pontos importantes do período, o ‘sanitarismo campanhista’²² e a criação de estruturas de saúde de dimensão nacional, como o Serviço Nacional da Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942.

O período seguinte, de 1945 a 1966, no que se refere à atenção à saúde, significou um crescimento dos serviços próprios da Previdência, segundo Cunha e Cunha (2001). Ocorreu também um acentuado aumento nos gastos com assistência médica e a ampliação dos serviços privados. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde que, segundo Carvalho *et al* (2001), incorporou a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde mas manteve um orçamento escasso frente às necessidades de saúde da população.

Neste período, os índices de mortalidade infantil eram extremamente altos. Segundo Bertolli Filho (2006), em 1955, Natal (RN) apresentava um Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 421,6 mortes em cada mil nascidos vivos, a cidade do Rio de Janeiro, então capital nacional tinha o CMI de 112,2 mortes por mil nascidos vivos e Porto Alegre 100,9 mortes a cada mil nascidos vivos. Para fins de comparação, em 2007, o CMI do Brasil encontrava-se em 22,5 óbitos a cada mil nascidos vivos, o que demonstra a grande queda que ocorreu neste período de 50 anos (BRASIL, 2006b). O período da ditadura militar investiu pouco em saneamento, em qualidade da água, em acessibilidade a serviços públicos de saúde e em ações de promoção e/ou prevenção em saúde, provocando uma queda nos índices de saúde da população, que já eram medíocres (PAIM, 1999b).

Na década de 1970 temos uma assistência médico-assistencial extremamente centralizada, atrelada ao sistema previdenciário público, o que impediu o investimento do governo na expansão da rede pública, como descreve Cordeiro (2005). Ao mesmo tempo o atraso nos pagamentos de prestadores conveniados, aliado aos preços defasados, fragilizou a assistência a saúde da população, além de incentivar fraudes, com emissão de guias de internação falsas, cirurgias desnecessárias, entre outros atos.

²² *Sanitarismo Campanhista*: esta proposta “se pautava por uma visão de combate às doenças de massa, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de ‘intervenção sobre os corpos individual e social’” (Cunha e Cunha, 2001, p. 286).

Algumas iniciativas como o Prev-Saúde²³, elaborado pelo Ministério da Saúde, com ênfase em ações focadas nos cuidados básicos de saúde, na regionalização, hierarquização da rede de serviços de saúde e participação da comunidade, sucumbiram ao modelo de saúde médico-assistencial privatista, baseado na doença (MENDES, 1999; CORDEIRO, 2005). A crise crescente, alimentada pela política econômica recessiva, com redução da receita, serviu de fulcro para o movimento da Reforma Sanitária. O SUS, fortemente amparado na construção social da saúde da população é formatado neste contexto.

Apesar de a Constituição Federal ter sido promulgada em 1988, passaram-se ainda dois anos até que as mudanças na saúde pudessem ser regulamentadas. Em 19 de setembro de 1990 foi sancionada a Lei 8080/90, que “dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 2001a, p.15).

Uma série de artigos desta lei, relacionados ao financiamento e a participação da população, foram vetados pelo presidente da república de então, Fernando Collor de Melo. Os vetos, mediante intensa mobilização de setores da sociedade envolvidos com a questão da saúde, levaram à necessidade de edição uma lei complementar à Lei 8080/90 (CARVALHO, 1995; BRASIL, 2006a).

Em 28 de dezembro de 1990 foi sancionada a Lei 8142/90, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências”. (BRASIL, 2001a, p 35). Esta lei institui os Fundos de Saúde nas três esferas de governo e os Conselhos de Saúde, com representação paritária na sua composição²⁴, entre usuários e outros atores sociais ligados ao campo da saúde.

²³ Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

²⁴ A Resolução 333, de 04/11/2003, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde definiu em sua terceira diretriz que as vagas devem ser dos representantes dos usuários em 50%, das entidades de trabalhadores de saúde em 25% e da representação do governo e dos prestadores privados contratados com 25%.

Estas duas leis, conjuntamente aos artigos inscritos na Constituição Federal de 1988, delimitam a organização do SUS no Brasil, estabelecendo princípios, diretrizes, características, competências, enfim, definem a organização técnica, política, organizacional (BRASIL, 2003a; ANDRADE, 2006). É o momento de ampliar a mudança no modelo de atenção à saúde, que segundo Mendes (1999, 2001) ocorre em três diferentes dimensões, quais são o político-jurídico, político-institucional e político-operacional.

A lei 8080/90, no seu Título I – das Disposições Gerais, artigo 2º reforça o texto constitucional ao definir que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2001a, p 22). No mesmo artigo, no parágrafo 1º e no parágrafo 2º define as responsabilidades tanto do Estado quanto do cidadão:

Parágrafo 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Parágrafo 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (Lei 8080/90 – BRASIL, 2001a)

No artigo 3º se refere à saúde como resultado de

Fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2001a, p.22).

Este artigo acrescenta que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (p.22).

Nesta concepção de saúde percebemos a correlação com o debate internacional que vem desde o Informe Lalonde e a Conferência de Alma-Ata, citados anteriormente, entre outros eventos similares. Estas concepções estavam amplamente difundidas nos movimentos sociais e na comunidade acadêmica inserida no movimento da Reforma Sanitária, por isso a adoção desses novos pressupostos e métodos caracterizou uma mudança de paradigma (SCHERER *et al*, 2005).

A Lei 8080/90 estabelece os objetivos e atribuições do SUS, no capítulo I do título II – do SUS – disposições preliminares. Deste texto, destacamos o inciso primeiro do artigo 5º o qual se refere à “identificação e divulgação dos fatores condicionantes da saúde”, e o inciso III, no qual pretende “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. (BRASIL, 2001a, p.23). Estes dois textos, entre outros, projetam uma reorganização da saúde pública brasileira, incrementando políticas de saúde voltadas à prevenção e promoção da saúde da população, remetendo à necessidade de se elaborar estratégias diferentes daquelas cotidianas à época (PAIM, 1999b).

A partir destas bases legais, a saúde brasileira tem abertos os caminhos para uma nova etapa na atenção à saúde de sua população. Começa uma nova história de desafios, que envolve prestadores de serviços, profissionais de saúde, gestores públicos e os usuários, todos com interesses específicos, concepções próprias, resistências, enfim, um palco propício a grandes conflitos, debates intensos, negociações (WEBER, 2006).

As diretrizes do SUS são determinadas na seguinte norma legal:

Artigo 198 da Constituição Federal de 1988: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - Participação da comunidade. (BRASIL, 2001 a, p. 13)

A partir deste artigo da Constituição Federal de 1988, a Lei 8080/90, de 19/09/1990, aprofunda o texto, em seu capítulo II, dos princípios e diretrizes, quais são:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa da sua integridade física e moral;

- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

Segundo Vasconcelos e Pasche (2007), “o SUS está assentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados ao texto constitucional e às leis ordinárias que o regulamentam” (p. 534). Estes autores indicam como princípios doutrinários do SUS a universalidade, a integralidade e a equidade, ressaltando o direito à informação como inerente à afirmação da cidadania. Em relação às diretrizes organizativas, atribuem, como as mais significativas, a descentralização, a regionalização e hierarquização dos serviços e a participação comunitária (p.536).

Weber (2006) sustenta que entre os princípios, a universalidade significou uma revolução no que diz respeito ao direito à saúde, visto que em seu bojo, associada à equidade, está implícita a idéia da gratuidade na assistência a saúde. Cunha e Cunha (2001) afirmam que a universalização determina a quebra da injustiça histórica onde a saúde era acessível, no período pré-SUS, aos segurados do INPS/INAMPS.

A equidade, nas palavras de Cunha e Cunha (2001) visa “diminuir as desigualdades” (p. 301), mediante investimentos maiores onde há maior necessidade, caracterizando um exercício de justiça social. Weber (2006) argumenta que “justiça social significa imparcialidade [...] que todos os cidadãos são iguais perante a lei e devem ser tratados de maneira similar” (p. 80), portanto neste princípio se infere um paradoxo, pois na realidade impinge uma discriminação, segundo este autor. Vasconcelos e Pasche (2007), por outro lado, associam na

eqüidade uma discriminação positiva, quando “se justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade de renda, bens e serviços” (p. 535).

Quanto à integralidade, Vasconcelos e Pasche (2007) a definem desta forma:

A integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde e doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos (p. 535).

Cunha e Cunha (2001) apresentam concepção semelhante, acrescentando que este princípio preconiza a articulação do campo da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial que tenha repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. Paim, no prefácio do livro de Pinheiros e Matos (2006b), afirma quanto à integralidade que “trata-se de um processo em que identificamos uma *idéia* que se organiza em *proposta*, transforma-se em *movimento* ou *projeto*, que chega a alcançar as dimensões de *política e prática*”²⁵.

Em Brasil (2004b) é destacado que a integralidade

Envolve: (a) o conceito ampliado de saúde; (b) a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais; (c) o conhecimento sobre a realidade; (d) o trabalho em equipe multiprofissional; (e) a ação intersetorial; (f) o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária) (Brasil, 2004b, p.10).

A atenção à saúde com enfoque na integralidade tem grande impacto na saúde da população. O acolhimento, o vínculo com os usuários e equipes, a responsabilização, o desenvolvimento da autonomia dos usuários e a resolutividade da atenção à saúde são elementos essenciais (BRASIL, 2004b).

Quanto aos princípios organizativos, Cunha e Cunha (2001) dizem tratar-se da concretização efetiva do SUS, mediante a descentralização administrativa e gerencial, a regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde e a

participação popular, caracterizando o controle social. Weber (2006) destaca que a descentralização significa ampliar as responsabilidades das três esferas de governo na prática, conforme descrito na Lei 8080/90, artigos 16, 17 e 18, que descrevem as competências da União, dos estados e Distrito Federal e dos municípios, respectivamente (BRASIL, 2001a).

A regionalização e a hierarquização de serviços significam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida (Cunha e Cunha, 2001, p. 302).

A participação da comunidade está prevista na Lei 8142/90, de 28/12/1990 (BRASIL, 2001a). As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde existem nas três esferas administrativas e a participação de todos os atores sociais que compõe o SUS está garantida. Apesar da grande relevância que tem o tema, não nos aprofundaremos na questão neste espaço²⁶.

Os anos pós Constituição Federal de 1988 e leis orgânicas da saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) foram de intenso trabalho na elaboração da legislação infraconstitucional (CARVALHO *et al*, 2001). Neste sentido, estes autores informam a edição da Resolução 273, em 17/06/91, pelo presidente do INAMPS, que lançava a NOB 01/91. Esta norma buscava encaminhar a descentralização da gestão e de recursos para estados e municípios.

Em seguida, o Conselho Nacional de Saúde aprovou e foi editada pela Portaria Ministerial 545/93 a NOB 01/93 que seguiu o processo de implantação do SUS e a descentralização das ações e serviços de saúde (CARVALHO *et al*, 2001). Os autores indicam que a extinção do INAMPS, pela Lei 8689/93 de 27/07/1993, contribuiu neste processo de descentralização, pois causava confusão entre a autarquia e o Ministério da Saúde a delimitação de funções, competências e atividades de cada um. A NOB 01/93 criou diferentes modalidades de municipalização da saúde: de gestão incipiente, de gestão parcial e de gestão

²⁵ Grifos do autor do enunciado, Jairnilson Paim.

²⁶ Sugerimos a leitura do texto "A Prática do Controle Social e os Conselhos de Saúde em 14 reflexões", que está disponível em BRASIL / Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde. 2001c.

semiplena, sendo que apenas esta representou de fato a descentralização com autonomia para os municípios (CARVALHO *et al*, 2001, MISOCZKY, 2002).

Por meio da Portaria 2203/06, o Ministério da Saúde editou, em 1996, a NOB 01/96. Esta norma apresenta estímulos para a mudança do modelo de atenção e avaliação dos resultados. Ela clareia os papéis das três esferas de gestão e estabelece tetos financeiros para estes três níveis de governo (BRASIL, 1997; CARVALHO *et al*, 2001). Os autores acrescentam que as modalidades de municipalização da saúde a partir daí apenas duas: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal.

A NOB 96 representa um avanço na segmentação da população alvo, uma aposta na focalização – através do PSF principalmente. Expressa um projeto de desenvolvimento parcial, com descentralização operacional e administrativa para os estados; tem a teoria da agência como referência para a relação entre os entes federados (MISOCZKY, 2002, p.122).

Segundo Carvalho *et al* (2001), a NOB 01/96 conseguiu grande adesão no processo de municipalização da saúde, mas não evitou problemas relacionados à dificuldade de pequenos municípios arcarem com suas responsabilidades ou dar conta da complexidade dos sistemas de saúde de municípios maiores, pólos regionais que atendem à sua população e outros referenciados de municípios pequenos. A respeito disso, a NOB 01/96 previu, sem sucesso, na Programação Pactuada e Integrada (PPI) um instrumento para resolver estas questões.

A Portaria 95/01, do Ministério da Saúde, propôs a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS 01/01), a qual se voltava aos problemas constatados até aquele momento. Segundo Carvalho *et al* (2001), ela prevê a articulação de três estratégias: (a) a regionalização e organização da assistência; (b) o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e (c) a revisão dos critérios de habilitação dos estados e municípios, detalhando responsabilidades, requisitos, e prerrogativas para cada modalidade de gestão (p. 51/52).

No ano seguinte, foi editada a NOAS 01/02, pela Portaria 373 do Ministério da Saúde. As formas de habilitação dos municípios mantêm-se semelhantes à NOAS 01/01: (a) a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e (b) a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Esta NOAS avança na regionalização das ações e serviços de saúde por meio da definição de um Plano Diretor de

Regionalização e outros instrumentos complementares (BRASIL, 2002b). A regionalização demanda grande esforço das três esferas de governo, dadas as diferenças regionais que o país apresenta. A Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS 01/2002), previu ainda a elaboração de planos diretores de regionalização e de investimentos (BRASIL, 2002b, RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Por fim, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 399/06, em 22/02/2006 que anuncia o Pacto pela Saúde, dividido em três diretrizes operacionais: (a) o Pacto pela Vida; (b) em Defesa do SUS e (c) de Gestão. Estes documentos são resultado de construção coletiva, com participação do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), sendo aprovados na Comissão Intergestores Tri-Partite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2006c, 2006d).

O Pacto pela Saúde define prioridades nacionais, entre as quais destacamos a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006d). Em relação à **promoção em saúde**, consta a ênfase na atividade física regular e alimentação saudável. Quanto à **atenção básica**, destacamos, entre outros, os objetivos de

- assumir a estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais;
- desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família; (e)
- consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios.

Nesta rápida apresentação das normas e do pacto, buscamos demonstrar que houve uma progressão na implantação do SUS, sempre ancorada na Constituição de 1988 e nas leis 8080/90 e 8142/90.

2.2 APROXIMAÇÕES ENTRE SAÚDE E AMBIENTE NA DIREÇÃO DO PARADIGMA DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

A relação entre Saúde e Ambiente abrange desde agressões à saúde humana por exposição a produtos químicos e substâncias biológicas até situações relacionadas às dificuldades relativas ao desenvolvimento econômico e social (OMS, 1993). A interação do meio ambiente com a saúde ocorre desde a origem do ser humano, influenciando a ocupação do planeta e a distribuição das populações por meio de migrações. Esta é uma relação que oscilou ao longo do tempo. Ela tem sido mais investigada pela ciência recentemente a partir da constatação das interconexões presentes (CAPRA, 1996, 2005; FRANCO, 2002; AUGUSTO *et al*; SCLIAR, 2003; FREITAS e PORTO, 2006).

Meio ambiente é o lugar determinado ou percebido, onde os elementos naturais e sociais estão em relações dinâmicas e em interação. Essas relações implicam processos de criação cultural e tecnológica e processos históricos e sociais de transformação do meio natural e construído (REIGOTA, 2002, p.14)

Esta definição reforça que o homem impacta o ambiente, mas o inverso também ocorre. Capra (1996) se refere a essas relações imbricadas, que constituem uma teia de conexões, complexas, dinâmicas, como construídas historicamente. Neste contexto, se desenvolve a vida; as populações se concentram de acordo com as condições ambientais locais e se deslocam com as mudanças climáticas que ocorrem (DIAMOND, 2002).

A partir destes pressupostos, é importante averiguar quais as iniciativas que têm buscado investigar e intervir nesta relação Saúde e Ambiente, diminuindo os impactos negativos e favorecendo condições de vida mais adequadas, em ambientes saudáveis, conforme descrevem Augusto *et al* (2003). Ou, nas palavras de Minayo (2002b), que favoreça a qualidade de vida sob um enfoque ecossistêmico de saúde.

Nas últimas décadas, a população brasileira têm se concentrado nos grandes centros. O processo de urbanização ganhou impulso na década de 1950, iniciando-se pela região Sudeste, que recebeu grande quantidade de imigrantes vindos especialmente do Nordeste. Nas demais regiões, o fenômeno ocorre um pouco mais

tarde, na década de 1970 (IBGE, 2008). Em geral, há uma concentração nas cidades, que cresceram rapidamente e com pouco planejamento.

Aliado aos avanços tecnológicos e às mudanças estruturais globais [esta urbanização] resultaram em novas formas de produção e ocupação territorial, consolidando mudanças nos hábitos da população e criando novos padrões de consumo (AUGUSTO *et. al.*, 2003 p. 88).

Este modelo de desenvolvimento acentua os riscos à saúde e ao ambiente, pois se ancora sobre uma base de insustentabilidade, com a conseqüente degradação ambiental que presenciamos (FREITAS e PORTO, 2006). Akermann (2005) se refere ao desenvolvimento local atrelado à questão da saúde e, neste contexto, este desenvolvimento “pressupõe a articulação de lideranças, instituições e habitantes de um determinado lugar, tendo como ponto de partida a valorização e identificação de potencialidades e recursos locais” (p.39).

No mesmo sentido, a ABRASCO²⁷ criou o grupo temático “Saúde e Ambiente” para, “participar da luta pelo desenvolvimento sustentável, através da ação política no campo da saúde coletiva, em busca de ambientes saudáveis e da promoção da saúde” (AUGUSTO *et al*, 2003). A relação saúde e ambiente vem sendo discutida com mais profundidade no âmbito da ABRASCO e do SUS, a partir deste grupo temático.

Augusto *et al.* (2003) destacam que o homem não se conformou em estar no mundo. Ele busca o bem-estar e para tanto manipula o meio ambiente, através da organização da produção e do consumo. Minayo (2002b) acrescenta que este comportamento está de acordo com a visão antropocêntrica dominante, numa ação predadora sobre o meio ambiente. A relação saúde e ambiente é área de conflitos, que não podem ser negados, pelo contrário, é necessário reconhecê-los como inerentes ao processo que integram (OPAS, 1999).

Os problemas socioambientais são gerados pelo próprio homem, havendo a necessidade de trabalhar por soluções, com abordagem interdisciplinar e novas formas de interpretação destes, distinguindo causas, contexto e necessidade (MINAYO, 2002b; AUGUSTO *et al*, 2003; FREITAS e PORTO, 2006). Segundo Augusto *et al* (2003), é fundamental a “incorporação ampla da sociedade na

²⁷ ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

discussão de seus problemas e ir além, captar como a comunidade vê o mundo, uma vez que ela o vê de forma integrada” (p. 90).

Quanto à formatação de uma política de Saúde e Ambiente, destacam Augusto *et al* (2003) que ela se ancora sobre dois eixos: o desenvolvimento/sustentabilidade e ações em saúde e ambiente. Para estes autores, a especificidade da organização de uma vigilância na área ambiental caminha paralela às vigilâncias sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador e “pressupõe focos de atenção tais como a água, ar, solo, substâncias químicas, desastres e fatores biológicos, ruído, violência, etc” (p.92/93).

Para a execução de uma política de saúde e ambiente há necessidade de um método o qual permita uma ação ampla, com flexibilidade nos processos em nível local e incorporação de ações de promoção da saúde. Ou seja, o sistema deve ser aberto e com diálogo para haver efetividade e rapidez nas decisões e ações. Saúde e ambiente “são ‘bens’ coletivos, cujos modos de apropriação e gestão estão profundamente relacionados com os processos civilizatórios, políticos e decisórios” (AUGUSTO *et al*, 2003, p.88).

2.2.1 A Atenção Primária Ambiental e a Atenção Primária em Saúde e suas convergências

A Atenção Primária Ambiental (APA) foi proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e tem por objetivo a qualidade do ambiente de vida das populações para trazer melhores condições de vida e saúde (OPAS, 1999; COHEN *et al*, 2004). Segundo esta organização internacional, ela se fundamenta essencialmente em duas vertentes: a atenção primária em saúde (APS) e o desenvolvimento rural integrado (DRI). Por definição, temos que:

A Atenção Primária Ambiental é uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo em que define as responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde (OPAS, 1999, p. 28)

No que diz respeito ao desenvolvimento rural integrado, este se ancora na premissa da capacidade de produção das populações rurais, via sua organização e adaptação de tecnologias, substituindo o conceito clássico de desenvolvimento através da ênfase na produção para uma ação focada no melhoramento da qualidade de vida das populações marginais e pobres (OPAS, 1999).

Um objetivo fundamental da APA é a “proteção do meio ambiente da comunidade que enfatiza o bem-estar das comunidades humanas e está estreitamente vinculada com a saúde do ambiente” (OPAS, 1999, p. 23). A OMS (1993) destaca que a alta tecnologia médica não compensa a deterioração ambiental, corroborando o debate acerca de iniciativas para que os milhões de humanos sem acesso às necessidades básicas sejam protagonistas de medidas de resgate das condições de vida essencial.

Tratar da APA não se restringe a preservar a natureza, visto que sua deterioração implica em prejuízos às condições de vida da humanidade, no meio rural ou urbano, fazendo-se necessário programar políticas públicas específicas. No entanto, o Estado não tem sido capaz de garantir as demandas da comunidade, pois em geral estratégias nacionais de melhoramento ambiental não contemplam o nível local como “um espaço de intervenção preferencial” (OPAS, 1999, p.24).

O ator local, a comunidade, o município e o setor privado não devem aparecer como entes dispersos neste nível primário ambiental, senão como elementos integrados de uma estratégia participativa, cuja meta é melhorar o entorno local para alcançar melhores e mais saudáveis condições de qualidade de vida (OPAS, 1999. p. 25).

A APA, na concepção da OPAS, é uma proposta qualitativamente diferente da APS, embora partilhem dos princípios da equidade, participação, eficiência e integração. A APA incorpora os valores da descentralização, do caráter interdisciplinar, da participação cívica, da organização, além da prevenção e proteção do entorno, a diversidade, a co-gestão e a autogestão, a coordenação, a autonomia e solidariedade (OPAS, 1999). No entanto, é importante ressaltar que STARFIELD (2002), destaca como princípios da APS a promoção de saúde, a atenção continuada e abrangente, a organização em equipes, a colaboração intersetorial, a participação da comunidade e a auto-responsabilidade, o que indica um paralelismo nos conceitos de ambos.

A Atenção Primária em Saúde (APS) foi definida conforme segue:

A atenção primária da saúde é a assistência sanitária essencial. Baseia-se em métodos práticos e na tecnologia, tem fundamentos científicos e sociais, é acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade e tem sua participação completa. A comunidade e o país podem pagar seu custo em todas e em cada uma das fases do desenvolvimento com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A atenção primária é parte integrante do sistema de saúde nacional, do qual é a função central e principal núcleo, assim como do desenvolvimento social e econômico da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo (CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA, 1978²⁸).

Na leitura atenta da definição acima, e daquela atribuída à APA, percebemos uma série de convergências. A APA considera a saúde da população e a qualidade ambiental do nível local ao global, pois são temáticas vinculadas, que impactam as condições de vida adequada das populações. A APS aparentemente se restringe ao processo saúde-doença, mas numa concepção ampliada de saúde, na qual há uma determinação social da saúde, podemos considerar ambas como co-irmãs.

O espaço local, rural ou urbano, é propício ao desenvolvimento de estratégias que visem resolver seus problemas socioambientais e de saúde. A APA propõe “fortalecer os organismos estatais responsáveis pelo ambiente e saúde e espera, por sua vez, um maior ajuste e diálogo com o nível local e a sociedade civil” (OPAS, 1999, p. 35). Para que isto ocorra, a OPAS pressupõe que governo e forças locais criem uma sinergia em prol da promoção da saúde e da proteção ambiental e da saúde, além de um desenvolvimento sustentável.

Em relação à APS, Mendes (1999) e Starfield (2002) a identificam como componente das mudanças em curso na atenção em saúde. Para tanto, Starfield (2002) propõe uma comparação entre a APS e as práticas convencionais de assistência em saúde, baseadas no modelo biomédico/médico-centrado.

²⁸ Declaração de Alma-Ata, lançada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, Rússia.

Tabela 2: Da atenção médica primária à atenção primária em saúde:

<i>CONVENCIONAL</i>	<i>ATENÇÃO PRIMÁRIA</i>
Enfoque na doença / cura	Enfoque na saúde – prevenção, atenção e cura
Conteúdo: Tratamento / Atenção por episódio e problemas específicos.	Conteúdo: promoção da saúde, atenção continuada e atenção abrangente
Organização: Especialistas / Médicos / Consultório individual	Organização: clínicos gerais / Grupos de outros profissionais / Equipe.
Responsabilidade: apenas setor da saúde / domínio pelo profissional / recepção passiva	Responsabilidade: colaboração intersetorial, participação da comunidade / auto-responsabilidade

Fonte: adaptado de STARFIELD, 2002.

Com efeito, a vida humana no planeta Terra enfrenta problemas ambientais de grande relevância. As mudanças climáticas, o buraco na camada de ozônio, os excessos de gases poluentes na atmosfera, a crise dos combustíveis fósseis são problemas mundiais de ampla relevância com repercussões regionais e locais (BEDIN, 2003; CAPRA, 2005a; FREITAS e PORTO, 2006). A OPAS (1999), afirma que a maioria dos problemas socioambientais incidem na vida local, na qualidade do meio ambiente e nas condições de saúde da população. Estes são ocasionados pela própria comunidade²⁹, na sua relação desequilibrada com o ambiente, daí que ações locais, por meio da atenção tanto primária quanto ambiental, são fundamentais, pois são similares em seus meios e convergem em seus fins.

²⁹ A OPAS cita como co-responsabilidade das comunidades: a contaminação atmosférica industrial e doméstica, a contaminação acústica, da água, o abastecimento de água potável, resíduos sólidos, uso indevido do solo, vetores de doença, ruas sem pavimentação, segurança e qualidade dos alimentos, incinerações não autorizadas, falta de áreas verdes, manejo inadequado de canais de drenagem, desastres ambientais e emergências químicas. Para a área rural, destaca ainda problemas relacionados ao saneamento básico, manejo de resíduos, erosão e desmatamento, além dos agrotóxicos.

2.2.2 O Movimento Cidade/Município Saudável e o seu foco na melhoria das condições de vida da população

Nas últimas décadas, uma série de iniciativas tem aprimorado as ações de promoção da saúde, entre as quais o “Movimento Cidade/Município Saudável”. Ele surgiu como estratégia em Toronto, Canadá, em 1978, por meio do informe *A Saúde pública nos anos 80*, lançado por um comitê de planejamento local (SANTOS e WESTPHAL, 1999; ADRIANO *et al*, 2000; ANDRADE, 2006). Neste documento foram delineadas ações políticas, sociais e de desenvolvimento comunitário local focado nos problemas de saúde pública existentes naquele momento. A participação popular é uma das características proclamadas pelo Movimento Cidade/Município Saudável, prevendo a mobilização e a democratização das relações internas, qualificando a gestão pública (SANTOS e WESTPHAL, 1999).

O comitê de planejamento de Toronto orientou-se pelo Informe Lalonde. Adriando *et al* (2000), avaliam que o Movimento Cidade/Município Saudável é uma oportunidade de estabelecer melhores condições de vida às populações urbanas. Mas, para que se este torne efetivo é fundamental a participação de todos os segmentos sociais, aumentando a consciência das pessoas acerca dos problemas urbanos correntes. Mendes (1999) concorda com isso, afirmando que a “cidade saudável” é um dos projetos estruturantes do paradigma da produção social da doença. Adriando *et al* (2000), destacam que esta organização poderá ocorrer pela intersectorialidade, que supera a fragmentação das diversas políticas públicas, o que coaduna com os princípios do SUS.

Segundo a OPAS (1996), implementar a política das cidades saudáveis é um processo que perpassa diferentes fases: o comprometimento do governo local com a estratégia, a elaboração de um diagnóstico com a participação da cidadania e instituições locais, a implantação de um plano consensual com prioridades e recursos e, por fim, o monitoramento e avaliação continuada através de um sistema de informações e dados.

Adriano *et al* (2000) destacam que a cidade é o espaço ideal para o desenvolvimento desta proposta, pois pode propiciar a participação da comunidade local e a integração público/não público. Além disso, os resultados são facilmente

percebidos pela população, o que serve de estímulo à adesão às iniciativas, podendo torná-las permanentes. As cidades devem ter capacidade de se adaptar às novas bases socioeconômicas e às necessidades de infra-estrutura urbana para garantir qualidade de vida, dinamizando a integração social e a governabilidade, tornando-as competitivas e em condições de atender as necessidades sociais da população (SANTOS e WESTPHAL, 1999).

O Movimento Cidade/Município Saudável difundiu-se rapidamente no plano internacional. As cidades organizaram-se em redes para troca de experiências. O compromisso comum das cidades participantes é o foco na saúde, a tomada de decisões políticas em prol dela, a ação intersetorial, a participação comunitária e a busca de inovação das políticas públicas (ADRIANO *et al*, 2000)

A estratégia não se disseminou no Brasil, apesar da adesão de algumas cidades que iniciaram o processo, mas interromperam-no devido a mudanças de governo municipal. Motta *et al* (1998) apontam a dificuldade de enquadrar os municípios brasileiros na experiência de cidades/municípios saudáveis pela falta de critérios ou parâmetros de aplicabilidade do termo, além da instabilidade política da iniciativa, que se propõe permanente mas depende do grupo político no poder. Os autores destacam a necessidade de mudar a forma de gestão dos municípios, que deve ser democrática, transparente, integradora, inserindo a população na co-responsabilidade de gerir o público.

Adriano *et al* (2000), ao analisarem algumas experiências em cidades de pequeno porte de Minas Gerais, concluíram que algumas medidas surtiram efeito positivo, mas quanto à mobilização social e o modelo de gestão os resultados não foram satisfatórios. Para os autores, a mobilização social não gerou um pacto que envolvesse sociedade e poder público, minimizando os efeitos da experiência local.

Na construção da sociedade brasileira, o processo de industrialização ocorreu tardiamente se comparado com países mais desenvolvidos (PEREIRA e RAMOS, 2006). Em termos globais, o movimento de urbanização coincide com a industrialização, e tem origem na busca de uma melhor condição de vida das populações rurais (FREITAS e PORTO, 2006). A Revolução Industrial dos séculos XVIII e XIX significou uma nova forma de organização social, com o fortalecimento

de novos campos sociais, o aparecimento de classes trabalhadoras urbanas, com novas necessidades e aspirações, diferentes daquelas do meio rural (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

Neste processo de industrialização vertiginoso, surgem novos elementos que levam à mudança estrutural da sociedade. Segundo McNeill, apud Freitas e Porto (2006), a produção industrial de 1890 a 1990 aumentou quarenta vezes. Em 1900, 200 milhões de pessoas viviam em centros urbanos, enquanto que em 2000, já temos 2,9 bilhões de pessoas nas cidades, o que corresponde a quase metade da população mundial.

Freitas e Porto (2006) destacam que, na virada do século XIX para XX, existiam 17 cidades com mais de um milhão de habitantes em todo planeta. No ano 2000 este número ultrapassou 388. Essa concentração humana tem levado ao surgimento de inúmeros problemas socioambientais. Neste contexto, com a migração em direção às zonas urbanizadas, pioram os problemas de acesso à água, prolifera a falta de saneamento e o acesso a serviços básicos (MOTA, 1999). A situação levanta questões relativas à cidadania, tendo em vista que milhões de pessoas que não participam efetivamente da sociedade na construção de ambientes saudáveis, moradias adequadas, saneamento.

Segundo Morin (2004a), vivemos em uma sociedade-mundo. Os acontecimentos recentes mostram que temos a necessidade de discutir o conceito de desenvolvimento que queremos e o papel da ciência, da técnica, da indústria e do capitalismo. Ao mesmo tempo, a cidadania vem sendo atrelada ao consumo, ao poder de acesso aos produtos que o capital produz. Esta é uma análise importante para compreender as tensões entre diferentes atores sociais que comportam a sociedade. As próprias questões ambientais têm sido deslocadas para o campo do consumo na medida em que variados estilos de vida têm diferentes impactos sobre o ambiente (PORTILHO; LEFF; 2005).

Na realidade brasileira, a cidadania apresenta-se de diversas formas. Temos pessoas de menor poder aquisitivo com menos acesso aos bens de consumo, ou, em outras palavras, encontram-se no patamar da provisão, ou seja, de garantir o alimento, a água, as necessidades básicas imediatas (VALLA *et al*, 2000).

A lógica de mercado reduz a perspectiva da cidadania à mera pauta de reivindicações de consumo. A cidadania necessita ser fortalecida para fazer frente à onda de consumo passivo que deseja avidamente o presente antes que ele termine, sem fazer planos para o futuro da *polis* (AKERMANN, 2005, p. 23).

Neste contexto, vivemos uma crise socioambiental sem precedentes. A própria sobrevivência da espécie humana é discutida em diferentes fóruns. A cidadania vem sendo debatida numa dimensão maior, que concebe o homem não apenas como consumidor, mas que lhe imputa a responsabilidade de ser protagonista na sociedade. Ao conquistar sua emancipação, ele suplanta a subjetividade de sua existência (AKERMANN; PORTILHO; LEFF, 2005; FREITAS e PORTO, 2006).

Nas últimas décadas percebemos uma tendência de rápida urbanização da humanidade. Há um deslocamento maciço do campo para a cidade, sem que se criem condições socioambientais adequadas para esta nova organização da cidade (FREITAS e PORTO, 2006). Em 2000, 81,23% dos brasileiros vivem nas cidades. Em 1940, quando foi realizado o primeiro censo no país, este percentual alcançava apenas 31,1% (IBGE, 2008).

Quanto à economia, a evolução demonstra que o campo vem reduzindo rapidamente sua importância, conforme mostra a tabela. Isto se reflete na transferência de grande parte da população para os grandes centros.

Tabela 3: Comparativo da evolução percentual do PIB por setores econômicos 1900-2000:

Setor econômico	1900	2000
Agricultura	44,6	9,8
Indústria	11,6	27,7
Serviços	43,8	61,2

Fonte: adaptado de Freitas e Porto (2006).

As grandes cidades não têm conseguido organizar seus serviços públicos na dimensão das migrações. Quanto à habitação, ocorre um déficit crescente, o que

tem gerado o aparecimento de grandes áreas de favelas, ocupações, invasões. Nestes lugares, as condições de saneamento e moradia são insuficientes. A despeito de algumas medidas políticas e organizacionais, as quais têm trazido respostas às demandas por mais ações públicas, os problemas persistem, pois as ações desenvolvidas não atingem a demanda (FREITAS e PORTO, 2006).

Com efeito, reafirmamos o grande desafio de envolver a equipe da ESF nesta realidade, para incidir sobre uma sociedade que tem suas características culturais, econômicas, sociais, além de uma gama de carências relacionadas ao modelo de organização social baseada na relação cidadania/consumo.

2.3 A ESF: DE 'PROGRAMA' A 'ESTRATÉGIA'

O Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. Os objetivos principais visavam mudar o foco do trabalho em saúde, estimulando a promoção e a prevenção em saúde, para reverter o quadro epidemiológico desequilibrado, com alta mortalidade infantil, epidemias e condições gerais de saúde ruins (PAIM, 1999a; BECKER, 2003; COSTA e CARBONE, 2004). Scherer *et al* (2005) acrescentam que esta política de saúde é fundamental para a mudança do modelo da atenção em saúde centrada na doença para outro modelo, centrado na universalidade, equidade e integralidade.

Neste contexto, Santos e Westphal (1999) sustentam que a ESF caracteriza uma “estratégia de organização do sistema, coerente com a ótica da produção social da saúde, da criação de ambientes saudáveis (pg. 84)”, e indicam como vantagens sua alta resolutividade e baixos custos diretos e indiretos, além da articulação que estabelece com outros setores relacionados à saúde.

A complexidade de um quadro nosológico, no qual as doenças relacionadas aos estilos de vida e ao meio ambiente adquirem crescente importância, justificaria um novo olhar do setor saúde sobre a população, cuja sistematização, do ponto de vista físico e social, permitiria propor intervenções para além das práticas curativas e preventivas, aproximando-os da promoção da saúde (IANNI e QUITÉRIO, 2006, p. 171).

A afirmação destes autores remete às aproximações correntes entre Saúde e Ambiente e a possibilidade de desenvolver ações a partir da promoção em saúde. O desenvolvimento de políticas públicas com foco na intersetorialidade, envolvendo diferentes atores sociais, na direção da inclusão das pessoas ao acesso às políticas sociais deve ser um objetivo não só da ESF, mas de todo poder público local (ANDRADE, 2002, 2006).

A Portaria Ministerial 1886, de 18/12/1997, fortaleceu a ESF e o PACS, ao aprovar suas normas e diretrizes, estabelecendo a legitimidade que faltava às políticas. Esta medida deu segurança aos gestores municipais para implantar as políticas, com a garantia de repasse de recursos, na forma de incentivo financeiro, para sua manutenção (BRASIL, 2001b).

Esta Portaria, em seu Anexo I, define responsabilidades do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e dos municípios em relação ao PACS. Já o anexo II se refere, no mesmo conteúdo, ao PSF (ESF). Além de responsabilidades, especifica prerrogativas e diretrizes operacionais (BRASIL, 2002a). Ela vigorou até março de 2006.

A Portaria 648/06, anteriormente referida, foi lançada em 29/03/2006 e revogou uma série de portarias anteriores, inclusive a 1886/97. Esta portaria reafirma as responsabilidades das três esferas de governo em relação à Atenção Básica, indicando as Secretarias Municipais de Saúde como responsáveis por “inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde” (BRASIL, 2007b, RIO GRANDE DO SUL, 2007). No contexto geral, as responsabilidades, no que diz respeito às esferas federal, estadual e municipal, mantêm-se similares, sem grandes alterações, àquelas apresentadas na Portaria 1886/97.

No que se refere à infra-estrutura e recursos necessários para desenvolver a Atenção Básica, o texto da Portaria 648/06 indica a necessidade do município contar com Unidades Básicas equipadas. Elas devem contar com salas de atendimento médico, odontológico, de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica. E mais, áreas físicas apropriadas para a realização das ações e serviços,

equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, estoque regular de insumos, além da garantia nos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2007b; RIO GRANDE DO SUL, 2007).

Quanto à equipe mínima de profissionais de saúde, a Portaria 648/06 lista como seus componentes um médico, um enfermeiro, 02 auxiliares ou técnicos de enfermagem e até no máximo 12 agentes comunitários de saúde, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os componentes (BRASIL, 2007b; RIO GRANDE DO SUL, 2007).

Em relação às equipes de saúde, a Portaria 648/06 define as características do seu processo de trabalho, que deve iniciar pela definição do território a ser atendido, pela programação e implementação das atividades, priorizando problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea, destacando:

Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida. [...] e o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2007b)

A equipe deve envolver-se na assistência básica integral e contínua, implementar a Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento, atender urgências médicas e odontológicas, participar do diagnóstico e planejamento, apoiar estratégias de gestão local e de controle social. Por fim, destaca que deve realizar o “desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção de saúde” (BRASIL, 2007b).

Este conjunto de normas atribui à ESF um novo papel dentro do contexto da atenção em saúde no Brasil, ou seja, de ultrapassar a mera prestação de serviços em saúde, tornando-a protagonista nas relações sociais da área de abrangência da equipe de saúde.

No cotidiano da vida em comunidade temos o envolvimento de diferentes atores sociais, com interesses próprios, culturas, crenças, normas. Estes vêm de contextos de vida diversos e interagindo num fim comum de qualificar a saúde da

comunidade. Com efeito, conforme Paim (1999a), quando se destaca a responsabilidade dos participantes da equipe de saúde no desenvolvimento da ESF, não se trata apenas de atender mais 'doentes'. Este autor cita que "o médico de família pode compor uma equipe de saúde para assegurar qualidade, integralidade e efetividade ao primeiro nível de saúde" (p. 498). Contribuirá assim para o fortalecimento desta estratégia. Mas o mesmo autor acrescenta que este profissional pode "visar um atendimento tecnologicamente simples e pobre para gente simples e pobre [...] ou ainda, objetivar, [...] a redução de custos, seja de empresas, seja do Estado" (p.498). Neste caso, reproduzirá o modelo médico-assistencial, distante, portanto do processo de trabalho da ESF.

Cada equipe de saúde se relaciona com uma população residente num território geograficamente contínuo. Ela tem uma ação social a desempenhar, fugindo do papel historicamente construído de ser somente um prestador de serviços de saúde-doença (BRASIL, 2006c). Esta nova concepção tira a saúde da categoria de produto comercial, ou seja, ela passa a ser universal, para todos, "gratuita", o que está na contramão do modelo social centrado no capital, foco de grandes conflitos (PEREIRA e RAMOS, 2006).

Esta mudança conceitual é profunda, pois propõe que uma equipe de saúde seja responsável por uma população adscrita, com base nos princípios da integralidade, da equidade e da universalidade (COSTA e CARBONE, 2004). O desafio é maior se considerarmos esta inserção em uma comunidade na qual diferentes sujeitos não conseguem exercer a cidadania ativa, no sentido de efetivamente participar, de estar emancipado/livre e ainda mais, quando a ESF visa racionalizar gastos com a saúde (SENNÁ, 2002).

Neste contexto, o enfermeiro e o médico (este mais que aquele) no imaginário da população são vistos como possuidores de um poder, fazendo uso do título de 'doutor', o que atrapalha a horizontalidade da comunicação e dificulta a sua aceitação nas comunidades locais (VASCONCELOS, 1997; 2006).

Reconhecer indivíduos como sujeitos independentes não é simples para o profissional de saúde formado na concepção de saúde médico-centrada, caracterizada por uma relação de poder absolutamente desequilibrada, na qual a

individualidade do “paciente” pouco vale (PEREIRA e RAMOS; VASCONCELOS, 2006).

No Brasil, a ampla maioria da população depende exclusivamente do SUS (BRASIL, 2003a). A ESF tem sido um instrumento efetivo de qualificação da atenção a esta população. A inserção da equipe de saúde no meio social de uma comunidade implica em ampliar a possibilidade da atuação dentro dos princípios do SUS. Entretanto, nas palavras de Senna (2002), o SUS “se depara com o dilema entre a perspectiva de racionalização dos gastos e a busca de equidade e justiça social” (p. 208). Esta atuação, portanto, é motivo de conflito, de avanços e retrocessos, na medida em que temos elementos externos da cultura local – os profissionais de saúde - propondo mudanças, sendo necessários mediadores, como podem ser os agentes comunitários de saúde, entre a população e estes profissionais (VASCONCELOS, 1997).

Na ação do cotidiano da equipe de saúde é necessário ter em vista as condições de vida da população pela qual são co-responsáveis. A consideração das moradias, o saneamento, o acesso à água, o destino adequado dos resíduos sólidos também são atribuições dos trabalhadores do campo da saúde (ADRIANO *et al*, 2000).

O enfermeiro e o médico, para qualificar o seu trabalho na comunidade devem vincular-se a esta comunidade. Estes devem ser reconhecidos como sujeitos de transformação, que proponham ações que desenvolvam a cidadania local (MISSIO e PORTELLA, 2003; RIO GRANDE DO SUL, 2007).

Segundo a Portaria 648/06, do Ministério da Saúde, são atribuições do enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2007b, p. 45/46).

Quanto ao médico, lhe compete:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2007b, p. 47/48).

O trabalho em equipe, neste contexto, é fundamental, fazendo com que a interdisciplinaridade conduza a comunicação interna do grupo, com a partilha de informações e a definição de ações coletivas (CAMPOS, 2006b). A primeira barreira a superar é a hierarquização das relações dentro da própria equipe, na qual médicos e enfermeiros ainda têm o status de ser de “nível superior”, centralizando o poder uma vez que são os responsáveis pela capacitação dos agentes comunitários de saúde. Este desnível tem suas origens na formação profissional e na própria estratificação social. Os graduados em cursos superiores são provenientes das classes sociais mais altas, enquanto que ‘auxiliares’, ‘técnicos’, ACS são os representantes das ‘classes baixas’ (PEREIRA e RAMOS, 2006).

Em síntese, o desenvolvimento da ESF ocorre num ambiente social complexo, com entrelaçamentos de interesses. Neste contexto, o profissional de saúde é desafiado a ser um transformador da realidade social, o que possivelmente a sua graduação na universidade não proporcionou.

2.3.1 Como são formados os profissionais da equipe de saúde da ESF?

A formação em saúde no Brasil ainda tem o viés da fragmentação, da técnica, da centralização do trabalho no procedimento (PEREIRA e RAMOS, 2006). Uma aspiração da ESF é contar com um profissional vinculado à comunidade, interagindo permanentemente, sensível às vozes do conhecimento popular e disposto a partilhar seus conhecimentos específicos na construção de um ambiente saudável (BRASIL, 2007a).

A formação dos profissionais de saúde no Brasil seguiu por muito tempo o modelo hegemônico biomédico, centrado na doença, havendo estrita dificuldade de relacionar as questões sociais à ausência ou não de doenças nas pessoas (PEREIRA e RAMOS, 2006). Este aspecto tem levado a uma eminente dificuldade na mudança de paradigma na atenção à saúde, pois favorece a hierarquização das relações entre diferentes profissões da saúde, com a conseqüente dificuldade de se estabelecerem equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 1997, CAMPOS, 2006a).

Neste sentido, a formação acadêmica em saúde deve buscar desenvolver um novo profissional, mediante aplicação das diretrizes curriculares, que veremos a seguir, e outras estratégias. Ao mesmo tempo, a educação continuada em saúde e a educação permanente em saúde têm sido propostas como instrumentos de qualificação do processo de formação, neste caso no período posterior à graduação.

Por educação continuada em saúde, podemos apresentar este conceito:

Processo de aquisição seqüencial e acumulativa de informações técnico-científicas feito por trabalhadores e profissionais em geral. Pode ocorrer por meio da escolarização formal, de vivências diversas, de experiências laborais ou, ainda, de participações em atividades institucionais ou não. No âmbito do SUS, aplica-se, em geral, aos trabalhadores, técnicos, dirigentes e gestores do setor (BRASIL, 2008a).

A educação permanente em saúde reflete uma nova abordagem deste tema. Ela propõe estratégias para que, no ambiente de trabalho do profissional, se desenvolvam processos de aprendizagem/reflexão na ação, promovendo o aprender fazendo e o fazer aprendendo (PINHEIRO *et al*, 2006a). O Ministério da Saúde firma os seguintes conceitos e princípios relacionados a esta estratégia, conforme segue:

Os princípios da Política de Educação Permanente para o SUS são: articulação entre educação e trabalho no SUS, produção de processos e práticas de desenvolvimento nos locais de serviço; mudança nas práticas de formação e de saúde, tendo em vista a integralidade e humanização; articulação entre ensino, gestão, atenção e participação popular e controle social em Saúde e produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica dos serviços e do sistema de saúde. A educação permanente propicia a reflexão coletiva sobre o trabalho no SUS, que inclui a integralidade, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, a dinamização de coletivos, a gestão de equipes e de unidades, a capacidade de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e da humanização. O foco da Educação Permanente em Saúde são os processos de trabalho e as equipes (atenção, gestão, participação e controle social), possibilitando a construção de um novo estilo de gestão, no qual os pactos para reorganizar o trabalho sejam construídos coletivamente e os diferentes profissionais passam a ser sujeitos da produção de alternativas para a superação de problemas. Essa análise coletiva dos processos de trabalho permite a identificação dos "nós críticos" enfrentados na atenção ou na gestão e a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema, implicando um acompanhamento e apoio técnico (BRASIL, 2008a).

De acordo com Freitas e Porto (2006), desenvolver cidades saudáveis, com ambientes propícios à qualidade da vida dos sujeitos é também uma atribuição do profissional da saúde. Ou seja, ele deve ter a competência de dinamizar uma relação dialógica na qual busque a emancipação destes sujeitos, na direção de uma cidadania refreada por séculos de exclusão. Da mesma forma, o diálogo entre profissionais de saúde e população está ancorado na concentração de poder, historicamente construído, nas figuras do médico/enfermeiro, enquanto detentores do saber técnico/científico (CAPONI, 1997; WEBER, 2006; FOUCAULT, 2007).

Nas últimas décadas, a formação profissional tem sido muito discutida no âmbito acadêmico. O Conselho Nacional de Educação lançou em 07/09/2001 a Resolução CNE/CES 03 e a Resolução CNE/CES 04, que instituem as diretrizes curriculares nacionais da Enfermagem e da Medicina, respectivamente. Estas resoluções têm por objetivo adequar a formação profissional às políticas de saúde em vigor no país, portanto incorporando princípios e diretrizes do SUS.

Quanto ao perfil profissional do Enfermeiro, a Resolução CNE/CES 03, em seu artigo 3º, inciso I descreve o profissional desta forma:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado nos princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Da mesma forma, no que se refere ao Médico, a Resolução CNE/CES 04, também no artigo 3º, inciso I descreve:

O curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formado egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Ambos profissionais são atores fundamentais na ESF e necessitam de formação adequada para alcançar as premissas que orientam sua implantação. O parágrafo único do artigo 5º da Resolução CNE/CES 03 destaca que “a formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade da humanização do atendimento” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001a).

Ao mesmo tempo, o parágrafo único do artigo 5º da Resolução CNE/CES 04, relacionada à formação em Medicina tem texto semelhante: “com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral em saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001b).

A análise das diretrizes curriculares mostra uma consonância com a necessidade do SUS por profissionais ‘diferentes’ da assistência em saúde tradicional, médico-assistencial. Obviamente isto não significa que as escolas de Medicina e de Enfermagem e a política de educação continuada e/ou educação permanente em saúde estejam conseguindo mudar o perfil dos profissionais da rede

de saúde. No entanto, é importante realçar que com a expansão da ESF em nível nacional, esta política pública tem se caracterizado como campo de trabalho relevante, que absorve um número crescente de profissionais³⁰.

Este contingente de profissionais, no seu trabalho, deve incidir sobre as condições de vida da população, incluindo aí o acesso à água, ao saneamento, ao controle da poluição, entre outros problemas socioambientais (FREITAS e PORTO, 2006). O grande desafio é vencer o contexto de formação centrada na doença pela atuação com foco na integralidade em conformidade com as diretrizes curriculares.

A legislação do SUS, por si só, é insuficiente para produzir a mudança no enfoque do trabalho em saúde. São necessárias outras medidas, que dizem respeito à formação profissional e ao desenvolvimento de equipes de saúde democráticas, multiprofissionais, interdisciplinares, que compreendam o processo saúde-doença com dinâmico e complexo (PINHEIRO *et al.* 2006a). Tais medidas vêm sendo implementadas no sistema de educação superior, em projetos voltados à formação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, por meio do PRO-SAÚDE (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde). O PRO-SAÚDE foi criado pela Portaria Interministerial 2.101, de 03/11/2005, assinada pelos Ministérios da Saúde e da Educação (PROSAÚDE, 2008).

2.3.2. Paradigmas da formação em saúde

Segundo Santos e Westphal (1999), a humanidade no século XIX vivia o flagelo da disseminação de doenças infecto-contagiosas, para as quais a formação médica não tinha respostas adequadas. Esta formação apresentava forte caráter empírico e era pouco especializada. A comunidade científica buscou alternativas para qualificar a formação médica e o projeto proposto por Abrahan Flexner³¹, ligado à Fundação Carnegie para o Progresso da Ciência foi escolhido, e alcançou repercussão internacional (ALEIXO, 2002).

³⁰ Na região da 16ª CRS, formada por 42 municípios, em dezembro de 2006 estavam em atuação 47 equipes da ESF, ou seja, 47 médicos e 47 enfermeiros.

Paim e Almeida Filho (1998) afirmam que esse documento influencia a formação no campo da saúde ainda hoje, apresentando como principais características: (a) o tempo mínimo de estudo para ser médico será 4 anos; (b) a articulação de pesquisa e ensino laboratorial, principalmente no interior do hospital; (c) a ênfase na pesquisa biológica e (d) o estímulo da especialização. Tendo em vista o direcionamento para a pesquisa, Santos e Westphal (1999) indicam que as escolas médicas começaram a ser vinculadas a universidades, portanto articulando pesquisa e ensino.

Com sua ênfase no conhecimento experimental de base subindividual, provenientes da pesquisa básica realizada geralmente sobre doenças infecciosas, o modelo conceitual flexneriano reforça a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo (PAIM e ALMEIDA NETO, 1998, p.303).

A partir do exposto por estes autores, Santos e Westphal (1999) destacam que o novo sistema é focado no curativismo, que se aproxima da lógica mecanicista cartesiana, ao definir como pressuposto que “tal como acontece na mecânica clássica, uma causa atuando num corpo, sempre produz um efeito” (p. 73).

O mais trágico ocorre nos países do chamado Terceiro Mundo, os quais [...] acabam imergindo no modelo flexneriano e investindo, preferencialmente, em grandes hospitais centralizados e equipamentos biomédicos de alto custo [...] em detrimento da assistência básica, praticamente relegada a insuficientes serviços públicos desequipados ou a entidades de caridade (ALEIXO, 2002, p. 6)

Este modelo de educação profissional induziu um culto à doença, uma devoção à tecnologia como centro da atividade científica, constituindo-se como o paradigma³² biomédico (SABÓIA, 2003; SCHERER *et al*, 2005). Estes autores realçam que, no Brasil, ele predominou na formação acadêmica, mas começou a ser questionado a partir da década de 1970 por não responder adequadamente às necessidades da população. Segundo Aleixo (2002), no entanto, este modelo de formação ainda prevaleceu, “gastando cada vez mais com o setor saúde, mas com participação estatal apenas parcial nos gastos” (p.6).

³¹ O projeto apresentado pelo profissional passaria a ser chamado de Relatório Flexner, nas décadas subseqüentes.

³² Conceito de paradigma: São realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência (Kuhn, 2006, p.13).

Scherer *et al* (2005), afirmam que o modelo biomédico entrou em uma crise paradigmática paralelamente à crise do mecanicismo³³, conforme definição de Kuhn (2006). A transição epidemiológica verificada nas últimas décadas, com a queda da morbi-mortalidade por doenças infecto-contagiosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas, instituem a noção de risco, de exposição e suscetibilidade, na qual “uma causa atuando sobre um corpo nem sempre vem a produzir o efeito esperado” (SANTOS e WESTPHAL, 1999, p.74). Estas autoras acrescentam o avanço da epidemiologia e a concepção de multicausalidade somado ao conceito de fator de risco nas doenças degenerativas como causas da crise do paradigma biologicista e da unicausalidade.

Segundo Santos e Westphal (1999), a crise do modelo biomédico traz à discussão sobre alternativas para a formação profissional, embasadas na concepção da produção social da saúde³⁴. Este movimento leva ao desenvolvimento da medicina preventiva, que identifica e atua sobre riscos, mas não aprofunda sua atuação sobre a origem destes riscos.

O Informe Lalonde, já mencionado, representou o suporte para o debate mundial posterior, questionando o modelo vigente de atenção em saúde. Ele dá andamento ao momento da ruptura no qual são alterados os critérios que determinam problemas e soluções, caracterizando na visão kuhniana uma revolução científica (SANTOS e WESTPHAL, 1999; IANNI e QUITÉRIO, 2006).

Esta nova visão da saúde como “produção social da saúde” inspirou a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal de 1988, a qual define saúde “como direito universal e resultante de condições de vida e trabalho” (SANTOS e WESTPHAL, 1999, p 76).

³³Scherer *et al* (2005) afirmam que no modelo biomédico existem anomalias, categoria proposta por Kuhn, visto que este modelo é incapaz de atender ao processo saúde-doença, pois fixa-se na doença, no indivíduo e na cura, estando distante de princípios como a integralidade da atenção em saúde e a equidade.

³⁴ A perspectiva da produção social da saúde (MENDES, 1999), segundo Scherer et al (2005) pode ser enquadrado na visão de Kuhn (2006) como um paradigma nascente pois representa um salto qualitativo, com as fases da ciência normal e da ciência extraordinária ou revolucionária bem distintas.

Ianni e Quitério (2006) referem que a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá) em novembro de 1986, propõe que a saúde seja determinada pela promoção de saúde, pois a saúde decorre de “múltiplos fatores, atores e interesses, sendo vista menos como um departamento da administração pública e mais como um pressuposto na formulação de políticas, planos, programas e projetos” (p.170). A Carta de Ottawa estimula a criação de ambientes favoráveis à saúde (IANNI e QUITÉRIO, 2006).

Mendes (1999, 2001) indica que o novo paradigma da produção social da doença focaliza sua ação na vigilância à saúde.

A vigilância em saúde baseada nesse paradigma (da produção social da saúde) atua sobre os produtos, os processos e os insumos dos problemas, ou seja, não incide apenas nos produtos finais do processo – mortes, seqüelas, enfermidades e agravos- mas também nos assintomáticos – suspeitas, expostos, grupos de risco e necessidades sociais de saúde (Buss, (1996), citado por Santos e Westphal 1999, p. 78)

Com a instituição do SUS, estes novos preceitos se incorporam à formação em saúde no Brasil. A necessidade de adequar os currículos de graduação entra na pauta do debate acadêmico. Segundo Pereira e Ramos (2006), a formação em saúde deve ultrapassar a competência formal técnico-científica, incorporando uma competência política que tem a ver com ética, comprometimento com a vida, com o outro, com o trabalho humanizado.

As diretrizes curriculares discutidas e aprovadas no âmbito do Conselho Nacional de Educação, a NOB/RH-SUS³⁵, a Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004b), a Política de Educação para o SUS (EducarSUS) e o PROSAÚDE são exemplos das medidas que vêm sendo tomadas para implementar efetivamente as mudanças na formação.

Quanto ao EducarSUS, trata-se de “conjunto de estratégias do Ministério da Saúde que buscam articular todos os elementos para criar um contexto de formação mais favorável às transformações nas práticas de saúde e de educação, que são

³⁵ NOB/RH-SUS (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS). O Conselho Nacional de Saúde aprovou em 04/11/2003 a Resolução 330. Por ela, decide aplicar os “*Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS*”, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS.

complexas e profundas” (BRASIL, 2004c). Por definição, são estratégias que fazem parte do EducarSUS:

a) AprenderSUS - é a proposta de mudança na graduação, com foco na Integralidade, que busca conscientizar os estudantes da necessidade da atenção integral e humanizada da saúde, do compromisso com o SUS, do trabalho em equipe multiprofissional de saúde e do conhecimento articulado com as diferentes realidades locais;

(b) Certificação dos hospitais de ensino – apresenta estratégias para enfrentar novos desafios ético-profissionais e firmar novos compromissos, entre eles, a integração em rede com o conjunto do sistema de saúde local e regional, a integralidade e humanização da atenção hospitalar no SUS, o apoio das especialidades às equipes de saúde da atenção básica e a avaliação tecnológica do SUS;

(c) VER-SUS – O projeto, cuja sigla significa Vivências e Estágios na Realidade do SUS, envolve estudantes universitários de todas as profissões de saúde e visa a ampliar os conhecimentos sobre o SUS para gerar comprometimento com sua consolidação, integrar gestores e estudantes na participação de discussões e práticas em educação permanente e apoiar a construção do protagonismo estudantil com relação ao seu projeto de formação educacional;

(d) Residência integrada e especialização em áreas profissionais ou de atuação em saúde (BRASIL, 2004c)

A articulação destas estratégias, conjugadas à educação continuada e educação permanente em saúde, visa dar conta da necessidade de mudar o perfil da formação em saúde no Brasil (CECCIN e CARVALHO, 2006). A mudança nas concepções sobre o processo saúde-doença visa aproximar o profissional de saúde da realidade de vida da população usuária dos serviços. As equipes de saúde, neste contexto, têm amplas possibilidades de se apropriar deste novo modelo tecnoassistencial, trazendo para a prática profissional os preceitos da atenção básica, da integralidade, da humanização, da saúde coletiva, enfim, incorporar no seu dia a dia a proposta da ESF.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 METODOLOGIA

Este estudo é do tipo descritivo exploratório, transversal, de abordagem qualitativa, com coleta de informações realizada por meio de entrevista semi-estruturada e gravada. As entrevistas foram transcritas e analisadas através do método de Análise de Conteúdo, com a identificação de categorias emergentes das falas da população do estudo e o desenvolvimento de uma análise temática com intuito de descobrir os núcleos de sentido das respostas (MORAES; 1999; MINAYO; BARDIN, 2004).

Bardin (2004) define a análise de conteúdo como

Um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por instrumentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p.37).

Moraes (1999) afirma que este método “ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir a compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum” (p.9). Este autor descreve que:

A análise de conteúdo, em sua vertente qualitativa, parte de uma série de pressupostos, os quais, no exame de um texto, servem de suporte para captar seu sentido simbólico. Esse sentido nem sempre é manifesto e o seu significado não é único (p.10).

A Análise de Conteúdo é uma técnica que trabalha com a palavra, “permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social” (CAREGNATO e MUTTI, 2006, p. 682).

Minayo (2004) acrescenta que se trata de uma hermenêutica baseada na dedução, na inferência (p.200).

Moraes (1999) alerta que a Análise de Conteúdo não deixa de ser uma interpretação pessoal do pesquisador frente aos dados em análise, não sendo possível a leitura neutra, pois ela sempre tem em foco a interpretação. O autor destaca que a evolução do método de Análise de Conteúdo deixou claro que para entender o significado do texto, é preciso levar em conta o contexto. “É preciso considerar, além do conteúdo explícito, o autor, o destinatário e as formas de codificação e transmissão da mensagem” (MORAES, 1999, p.12).

Moraes (1999, p.15) destaca que o processo da Análise de Conteúdo é constituído de cinco etapas: a preparação das informações; a unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; a categorização ou classificação das unidades em categorias; a descrição e a interpretação.

Este autor complementa afirmando que:

Seja a partir de um fundamento teórico definido a priori, seja a partir da produção de teoria a partir dos materiais em análise, a interpretação constitui um passo imprescindível em toda a análise de conteúdo, especialmente naquelas de natureza qualitativa (MORAES, 1999, p.25).

Minayo (2004) afirma que este método parte de uma leitura de primeiro plano para atingir níveis mais aprofundados, o qual ultrapassa os resultados manifestos. “Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem” (p.203). Para se atingir os significados manifestos e latentes, várias técnicas de Análise de Conteúdo têm sido desenvolvidas, tais como: a Análise de Expressão, a Análise de Relações, a Análise de Enunciação e a Análise Temática. Neste estudo fizemos uso da Análise Temática, que

Está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto [...] e consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado [...] qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 2004, p.209).

3.2 AS ENTREVISTAS COM OS ENFERMEIROS E MÉDICOS

A coleta de informações da pesquisa foi realizada na região do Vale do Taquari, usando como referência o território da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (16ª CRS), representante local da Secretaria Estadual de Saúde (SES), comportando 42 municípios. Neste conjunto de municípios, em dezembro de 2006, estavam em atuação 47 equipes da ESF.

Todos os 47 médicos e 47 enfermeiros inseridos na ESF faziam parte da população sujeita a ser entrevistada. Inicialmente, o número de entrevistas a serem realizadas oscilava entre 3 (três) a 6 (seis) médicos e igual número de enfermeiros. O número de entrevistas foi definido de acordo com a coleta de informações, sendo suspensa quando observado o “ponto de redundância”.

O “ponto de redundância” se estabelece quando se percebe que as informações já obtidas estão suficientemente confirmadas e que o surgimento de novos dados fica cada vez mais raro, não se justificando a inclusão de novos elementos, pois há uma repetição das informações (MAZZOTI e GEWANDSZNAJDER, 1998).

Considerando que não conhecemos todos os profissionais e portanto suas trajetórias e atuação, a identificação daqueles sujeitos a serem entrevistados foi feito por meio de auxílio externo, da coordenação regional da ESF. Foi feito contato com esta coordenação e requisitamos a indicação de médicos e enfermeiros com diversidade no trabalho dentro da ESF, ou seja, se buscou certa diversidade na atuação, desde equipes urbanas versus rurais, áreas socialmente mais frágeis ou não, enfim, diferentes realidades. Esta distribuição procurou identificar alguma relação entre os espaços de trabalho e as concepções dos profissionais inseridos nestes espaços. Recebemos uma lista de 12 (doze) médicos e 12 (doze) enfermeiros sujeitos a serem entrevistados, provenientes de equipes diversificadas.

A partir da lista, iniciamos os contatos com os gestores dos municípios em que atuam os profissionais listados para fins de requerer autorização para realizar as entrevistas. Esta autorização foi necessária, conforme apontado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNIVATES, tendo em vista a intenção de

obtê-las em horário de expediente e no local do trabalho dos enfermeiros e médicos. Todos os gestores contatados concordaram, assinando documento liberando a participação na pesquisa. A seguir contatamos os possíveis sujeitos da pesquisa, primeiramente por telefone, na qual foi explicado do que se trata o estudo e requerendo sua participação. Também aqui ocorreu a concordância unânime de todos os enfermeiros e médicos. As entrevistas foram agendadas com cada sujeito, sendo efetivamente realizadas na Unidade Básica de Saúde em que atuam sempre em horários compatíveis à rotina de trabalho da equipe e do profissional.

A escolha definitiva dos profissionais a serem entrevistados ocorreu por intencionalidade e conveniência. Foram selecionamos aqueles com mais facilidade de contato, tanto com o gestor quanto com o profissional, além da distância da cidade de Lajeado. As entrevistas ocorreram sempre com um enfermeiro seguido do médico da mesma equipe, mantendo-se a paridade entre os profissionais e a origem comum destes. Foram efetivamente entrevistados 5 (cinco) enfermeiros e 5 (cinco) médicos, quando então se suspendeu o processo por repetição nas respostas (ponto de redundância).

As 10 (dez) entrevistas ocorreram entre os dias 13 de setembro e 02 de outubro de 2007. Na dinâmica dos encontros, após a apresentação inicial, procedeu-se na leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em duas vias, cabendo uma ao entrevistado e a outra ao pesquisador. O TCLE (Apêndice 1), entre outros compromissos, garante o anonimato do entrevistado quanto à divulgação dos resultados do estudo, bem como do município em que atua.

As entrevistas foram conduzidas a partir do roteiro (Apêndice 2) elaborado para este fim específico. Caracterizado como semi-estruturado, inicia-se com questões de identificação do profissional e a seguir aparecem as perguntas dirigidas para a coleta das informações pertinentes ao tema. No desenrolar das entrevistas, em alguns momentos perguntas inicialmente não previstas foram necessárias, a fim de clarear a idéia apresentada pelo entrevistado do momento.

Os entrevistados, para análise posterior, foram identificados como 'M' para médicos e 'E' para enfermeiros. A cada entrevistado correspondeu um numeral, de 1

a 5. Ainda, cada numeral significa a vinculação a uma equipe de saúde, ou seja, E1 e M1 são da mesma equipe, E2 e M2 idem e assim por diante.

3.3 INTERPRETAÇÃO E INFERÊNCIAS

Todas as informações coletadas foram transcritas e transformadas em documentos de texto, permitindo melhor sujeição ao manuseio e análise. A partir do conjunto de perguntas do roteiro e informações coletadas, articuladas com os objetivos do estudo, percebemos como necessário a análise em diferentes blocos temáticos.

Conforme a técnica da análise temática, realizamos primeiramente a leitura fluente de todas as informações coletadas nas 10 entrevistas realizadas. Em seguida, para fins de constituição do corpus, organizamos o material, buscando:

- Exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro);
- Representatividade (que contenha todos os aspectos levantados no roteiro);
- Homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); (e)
- Pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho) (MINAYO, 2004, p. 209).

Por fim, analisamos o material organizado, buscando interpretar a fala/discurso dos sujeitos conforme os objetivos do trabalho identificando categorias emergentes. Neste processo de categorização, agregamos as perguntas realizadas de acordo com os objetivos à que respondiam e, confrontamos com diferentes aspectos do trabalho dos sujeitos da pesquisa.

Assim, analisamos inicialmente as concepções de enfermeiros e médicos sobre saúde, doença, a relação saúde e ambiente e as concepções destes profissionais sobre as condições de vida das pessoas atendidas pela ESF. Intitulamos este primeiro bloco temático de **“o processo saúde-doença e suas inter-relações com as condições de vida da população assistida pela ESF”** (seção 4.2).

Em seguimento ao trabalho, no segundo bloco temático, agregamos as perguntas e respostas que têm a ver com o grau de informação que existe sobre o tema do estudo, a partir das concepções dos sujeitos da pesquisa. Esta segunda etapa foi intitulada como “**os problemas socioambientais no cotidiano dos profissionais de saúde da ESF**” (seção 4.3).

O terceiro bloco temático focou o processo de trabalho das equipes de saúde às quais pertencem os entrevistados, buscando caracterizar alguns elementos relevantes para o sucesso, ou não, no alcance de seus objetivos, analisando questões que interferem na sua dinâmica, a partir das concepções manifestas pelos enfermeiros e médicos. Este bloco recebeu o título de “**O processo de trabalho da ESF e a integralidade na atenção à saúde**” (seção 4.4).

No quarto bloco investigamos os problemas socioambientais que podem ser trabalhados dentro da ESF e, neste sentido, que limites são ou podem ser enfrentados e quais as possibilidades podem ser vislumbradas pelos profissionais a partir da realidade do seu trabalho. Tendo em vista o princípio da intersectorialidade do SUS, perguntou-se da articulação da ESF com outros setores para o desenvolvimento deste trabalho. Este quarto bloco temático foi nomeado de “**Limites e possibilidades da ESF em Saúde e Ambiente**” (seção 4.5).

Com a análise deste conjunto de quatro blocos temáticos, podemos ter um indicativo quanto a abordagem que os problemas socioambientais têm nas equipes da ESF à que pertencem os entrevistados. É desta perspectiva que o estudo parte. A análise poderá indicar algumas tendências que direcionam a abordagem que se dá à relação **Saúde e Ambiente** na ESF.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo analisamos as entrevistas realizadas no presente estudo. Como apresentado anteriormente, foram entrevistados enfermeiros e médicos que atuam na ESF, na região da 16ª CRS. Realizamos a análise e discussão por blocos temáticos de respostas, com as devidas categorias identificadas nas falas transcritas.

4.1 OS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESF

Conforme descrito no capítulo anterior, os sujeitos passíveis de participarem do presente estudo constituíram um conjunto de 47 médicos e 47 enfermeiros, dos quais foram entrevistados 5 de cada profissão, em amostra intencional e por conveniência. Para manter o anonimato acordado com estes profissionais no TCLE, avaliamos somente o local de formação dos profissionais, o tempo de atuação profissional e o sexo.

Entre os enfermeiros, todos são graduados em instituições de ensino superior privadas, sediadas no Rio Grande do Sul e o período acadêmico foi concluído entre os anos de 1999 e 2005. Isto parece caracterizar certa homogeneidade na formação dos profissionais, pelo menos no que diz respeito ao período da formação, na última década.

Entre os médicos, quatro profissionais se graduaram em instituições públicas e um em instituição privada. Todas estas instituições de ensino superior têm sua

atuação no Estado. A conclusão ocorreu entre os anos de 1987 a 2007, o que demonstra uma heterogeneidade maior entre os profissionais. Existem aqueles que têm uma experiência maior a campo, enquanto outros estão ainda em início de carreira.

Quanto ao sexo, todas as enfermeiras entrevistadas são mulheres. Entre os médicos, todos são homens. Machado (2000), que coordenou um estudo do Ministério da Saúde sobre o perfil de enfermeiros e médicos da ESF, apontou 91,67% de enfermeiras mulheres atuando na ESF naquele ano. No Brasil, em 2000 havia mais médicos homens do que mulheres, à proporção de 67,3% contra 32,7%. No RS, ao contrário, as mulheres predominam com cerca de 70% do total de profissionais médicos (MACHADO, 2000).

No presente estudo, da lista inicial de sujeitos selecionados para as entrevistas, na Enfermagem todas as 12 eram mulheres e na Medicina, 08 eram homens e 4 mulheres. Quanto aos enfermeiros, os dados assemelham-se aos apontados por Machado (2000), mas em relação aos médicos não, havendo maior número do sexo masculino. Considerando os critérios adotados de acessibilidade e proximidade do município sede da regional, foram efetivamente entrevistados 05 médicos e 05 enfermeiras.

4.2 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E SUAS INTER-RELAÇÕES COM AS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELA ESF

4.2.1 O processo saúde-doença nas concepções dos enfermeiros e médicos

Em relação ao processo saúde-doença, retomamos inicialmente algumas definições. Acreditamos não terem sido suficientemente aprofundadas nos capítulos anteriores e o fazemos nesta seção com o objetivo de permitir melhor entendimento acerca da importância das concepções dos enfermeiros e médicos e sua relação com as práticas profissionais.

Considerando que as condições socioambientais são determinantes na qualidade de vida da população, é intrínseca sua influência sobre o processo saúde-doença (COHEN *et al* 2004; FREITAS e PORTO, 2006; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007). Neste contexto, Coelho e Almeida Filho (2002), citando Canguilhem (1990), afirmam que conceituar **saúde** tem sido um desafio epistemológico desde a Grécia antiga e que hoje este conceito reflete certa cultura da **doença**, determinando-a como central na definição. Acrescentam os autores que ao longo da construção histórica deste processo, a concepção de saúde esteve atrelada às condições de vida da população, sendo, portanto uma construção social e antropológica, influenciada pelo funcionamento das relações entre pessoas, instituições, com influências políticas, econômicas, culturais e religiosas.

Assim, as concepções dos profissionais da saúde sobre o complexo e dinâmico processo saúde-doença não são pré-definidas. Pelo contrário, se estabelecem na sua trajetória de vida, na sua formação e na atuação no campo do trabalho em saúde (PINHEIRO, CECCIN e MATTOS, 2006). Neste sentido, um entrave que a saúde pública/saúde coletiva enfrenta na atualidade é a conservação da perspectiva curativa no trabalho dos profissionais de saúde, advindo do modelo biomédico/flexneriano de formação acadêmica, o qual centraliza a atenção à doença, na busca do diagnóstico preciso seguido do tratamento (SANTOS e WESTPHAL, 1999). A formação em saúde nesta concepção, segundo estes autores, é inadequada, visto reduzir a concepção de saúde a uma situação de estar ou não doente, no estrito sentido biológico, minimizando os determinantes sociais da saúde/doença.

Relacionar saúde/doença com o ambiente é uma reflexão de apropriação de vivências, de conceitos, experiências, que permitem construir um arcabouço teórico-prático que permitirá pensar e agir nesta relação (TAMBELLINI e CÂMARA, 1998, MINAYO, 2002a, 2002b, 2007). Se nesta reflexão prevalecerem concepções inadequadas, é possível que esta conexão seja apenas um ato de procurar problemas e agir sobre eles, reforçando o enfoque biomédico, voltado à doença e ao indivíduo portador de patologias, que deve ser tratado pelos meios que a ciência disponibiliza. Por outro lado, concepções ampliadas do processo saúde/doença e de sua relação com o ambiente identificam interconexões destes diferentes elementos e

articulam o saber interdisciplinar (MINAYO, 2002b; CARVALHO, 2005; VASCONCELOS, 2006).

Este avanço pode levar à compreensão de que o agir profissional no campo da saúde ultrapassa a clínica médica que enfatiza o indivíduo; ele se volta à saúde coletiva, à determinação social desse processo, reconhecendo as conexões que ocorrem e impactam as condições de vida da população (CARVALHO, 2005; FREITAS e PORTO, 2006).

Conforme Campos (2000, 2006a), o agir em saúde não prescinde nem da clínica médica, nem da saúde pública/saúde coletiva, devendo haver conjugação de saberes e práticas para o alcance efetivo de resultados. Esta é, em síntese, também a proposta da ESF, ao vincular uma determinada população a uma equipe de profissionais da saúde, enfatizando ações em atenção básica, entendida conforme consta no anexo Plano Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007a).

A partir desta introdução, definir o que é saúde remete inicialmente ao conceito estabelecido pela OMS em 1948, o qual é amplamente disseminado: “é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidades ou invalidez” (CAPONI; SEGRE e FERRAZ, 1997; SÁ JUNIOR, 2004). Mas, tal concepção de saúde, antes de um conceito, identifica uma intenção, um propósito, uma utopia, segundo estes autores.

Se esta concepção é insuficiente, por ser incompleta ou utópica, é necessário buscar outra referência. O conjunto de concepções sobre o processo saúde/doença pode determinar o modelo de atenção em saúde e, neste sentido, o movimento da reforma sanitária discutiu profundamente, nas décadas de 1970 e 1980, qual a proposta de saúde para o País (BRASIL, 2006a).

Santos e Westphal (1999) e Mendes (1999) identificam no paradigma da produção social da saúde uma noção de que ser saudável está além da concepção tradicional. Gutierrez e Oberdiek (2001) e Buss e Pellegrini (2007) acrescentam que este modelo da determinação social da doença se volta à epidemiologia social, retomando Virchow³⁶, quando propôs as bases da medicina social, ao investigar

³⁶ Século XIX, na Alemanha

uma epidemia de tifo e associá-la às condições de vida dos das pessoas que manifestaram a doença. Quanto à epidemiologia, conforme referido, Rouquayrol e Goldbaum (1999), apresentam o seguinte conceito:

É a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (p.15).

Neste enunciado, percebemos como importante que a epidemiologia não se restringe a “distribuição e os fatores determinantes das enfermidades”, mas que serve de “suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde”. Em outras palavras, a epidemiologia não se desvincula da análise social do comportamento do processo saúde-doença, pelo contrário, ela fornece informações que permitem ações efetivas frente à situações de saúde/doença que ocorrem.

A possibilidade de atuar, de produzir a sua própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que influenciam o seu meio – ações políticas para a redução de desigualdades, educação, cooperação intersetorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam sua existência – para usar uma expressão bem conhecida, o exercício da cidadania (SANTOS e WESTPHAL, 1999, p. 76).

O proferido por Santos e Westphal delinea uma concepção ampliada que identifica o sujeito (individual e coletivo) como ator social que participa da construção de sua saúde/doença e que podemos associar à determinação social da saúde. Neste contexto a **produção social da saúde** ou a **determinação social da saúde**, como outros autores³⁷ referem, está de acordo com o SUS, tendo em vista o inscrito na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90, em seu artigo 3º.

Na análise das entrevistas, quanto às concepções de saúde e doença, percebemos uma tendência à negação do conceito clássico da OMS (1948), à medida que é citado apenas eventualmente no intuito de dizer que ele evoluiu. Apesar disso, nesta categoria e mesmo nas falas mais afinadas com a determinação social da saúde, persistem reducionismos que entrelaçam saúde à ausência de doenças.

³⁷ A Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde tem vasta produção sobre o tema, disponível em <http://www.determinantes.fiocruz.br>.

Em relação às concepções do processo saúde-doença, podemos inicialmente propor a seguinte categorização:

Tabela 4: Categorias referentes às concepções do processo saúde-doença

	SAÚDE	DOENÇA
Concepção 1a	A saúde é determinada pelo equilíbrio fisiológico e psicológico do indivíduo	
Concepção 1b		A doença é um mal estar físico, mental e social
Concepção 2a	A Saúde é determinada socialmente	
Concepção 2b		A doença como repercussão multifatorial

Fonte: a partir das informações coletadas

a) Concepções de Saúde e Doença

Concepção 1a: A saúde é determinada pelo equilíbrio fisiológico e psicológico do indivíduo

Esta categoria foi identificada com a concepção médico-centrada, na qual temos a manifestação da relação direta entre saúde e certo equilíbrio entre o aspecto físico e psicológico. O reducionismo desta concepção é expresso na fala de M1, ao relacionar saúde à ausência de doenças, destacando a utopia da existência de alguém saudável:

Infelizmente [...] não existe nenhuma pessoa saudável, por que é preciso ser saudável fisicamente, mentalmente [...] por que sempre tem alguma coisa acontecendo que gera algum sentimento ruim que vai estourar aqui, ou depois, no futuro. Todos nós somos doentes, de certa forma (M1).

Esta fala ocorre num contexto de associação da saúde na individualidade dos sujeitos, no qual estes são saudáveis a partir da sua perspectiva de equilíbrio interno em relação ao meio. Caponi (1997) atribui a **equilíbrio** um sentido clássico de concepção de saúde, reportando que esta palavra dirige a definição ao âmbito biológico da ação e reação, na busca de um ponto mediano entre extremos. Isto coaduna com uma visão antropocêntrica e, portanto, menos associada à inserção do sujeito na coletividade. Revela a idéia de que o indivíduo deve ter certa plenitude individual, ser atendido em suas necessidades.

É um bem estar físico, mental e social. O que seria isso? Eu tenho que estar bem comigo mesmo, eu tenho que ter condições de moradia, de estudo, de vida favorável para ser uma pessoa saudável, seria o conjunto todo (E1).

Nesta fala se identifica a centralidade da concepção de saúde no sujeito, no “eu”, onde o acesso a quesitos como ‘moradia’, ‘estudo’, ‘uma vida favorável’, referem-se à pessoa em questão. É a busca da felicidade, do bem-estar social, físico, mental. Outro profissional reforça esta idéia quando estabelece relações entre as condições psicológicas e emocionais do sujeito frente às dificuldades de ter satisfeitas as suas necessidades individuais quando diz que

É tudo, é o meu estresse de hoje, meu problema de estômago amanhã [...] tudo isso influencia na saúde (E5).

Não podemos inferir destas falas que estes profissionais estejam totalmente atrelados a práticas de trabalho no âmbito da clínica, do atendimento individualizado e sem ações dirigidas à coletividade. Seria uma conclusão descontextualizada das respostas dos profissionais frente às outras perguntas adiante arroladas. No entanto, compete dizer que as respostas referidas reproduzem a visão de que o ‘corpo com saúde é aquele que funciona bem’.

Coelho e Almeida Filho (2002) afirmam que os estudos referentes à concepção de saúde têm se fixado em abordar a doença, a enfermidade e neste sentido prioriza-se a assistência individualizada, a cura, levando à elevação de custos. É um modelo de assistência que aprofundou a crise da saúde nos anos 1970/1980, cuja conseqüência foi a piora das condições sócio-sanitárias da população, especialmente nas classes sociais mais baixas (MENDES, 1999, BARCHIFONTAINE, 2005; FREITAS e PORTO, 2006).

Campos, (2006a) afirma que o movimento da reforma sanitária, neste período articulou-se a partir deste quadro, com amparo nas idéias da medicina comunitária, a qual é um “modelo assistencial importado [...] que propunha a incorporação da assistência médica individual aos tradicionais centros de saúde, objetivando [...] o atendimento de populações colocadas à margem de serviços previdenciários...” (p. 50).

No âmbito acadêmico internacional, conforme referem Coelho e Almeida Filho (2002), as concepções sobre saúde e doença sofrem importantes avanços. Estes autores referem Canguilhem, o qual afirma que cada indivíduo tem sua própria concepção de saúde e a “fronteira entre a saúde e doença é imprecisa para indivíduos diferentes considerados simultaneamente, ela tampouco é precisa para um único indivíduo considerado sucessivamente...” (CANGUILHEN, apud COELHO e ALMEIDA FILHO, 2002, p. 322).

A partir do movimento de mudanças implementadas nas décadas de 1970/1980, o entendimento da saúde decorrente da determinação social ganha força, trazendo o debate ao plano coletivo. A concepção de saúde se desloca do sujeito ao coletivo.

Concepção 1b: A doença é um mal estar físico, mental e social

Se a saúde e a doença fazem parte de um mesmo processo, é importante averiguar quais as concepções dos profissionais da ESF têm sobre a doença especificamente, dado o contexto que na prática histórica do trabalho no campo da saúde, é essa que têm merecido a maior atenção, visto representar a vilã que incapacita, traz sofrimento (COELHO e ALMEIDA FILHO, 2002; CAPRA, 2005a, 2005b). As respostas dos entrevistados remetem a duas categorias, sendo a primeira relacionada a um mal-estar físico, mental e social. Nesta categoria a doença é a repercussão direta de uma interferência no bem-estar físico, mental e social. Esta influência é resultado de algum desequilíbrio na vida do sujeito que lhe faz sofrer. O corpo é visto como uma ‘máquina’ passível de falhar, requerendo uma ação sobre a falha para o devido conserto.

Eu definiria doença como (um) desequilíbrio significativo... Que acaba gerando um sofrimento... Psíquico, físico, e como algum problema físico, a pessoa ter alguma doença propriamente dita (M3).

Expressão semelhante manifesta M1 quando diz que

Existem estados saudáveis e menos saudáveis, mas não existe ninguém livre de doenças (M1)

Ambas as falas dos médicos relacionam-se à idéia de equilíbrio e da dificuldade em manter este equilíbrio, o que faz com que poucos possam ter saúde de fato, ou seja, são doentes.

Se me indispus com alguém, pra mim já é motivo pra não ficar bem [...] eu já fico abalada emocionalmente, mas para outra pessoa pode não ter afetado (E5).

Esta afirmação traz à tona a discussão acerca da individualidade das respostas dos sujeitos frente aos fatores que condicionam ou determinam a saúde/doença. É difícil estabelecer um padrão que permita afirmar que determinado grau de exposição a fator de agressão seja causa definitiva de determinado agravo, já que a resposta individual a esta exposição sempre é diferenciada (SANTOS e WESTPHAL, 1998).

De toda forma, as falas indicam uma contraposição à concepção de saúde anteriormente apresentada. Neste caso, a doença é vista como o oposto da saúde, uma concepção dicotômica, reducionista, que separa os dois elementos (STÉDILE, 2001). Segundo a autora, não se trata de aplicar uma classificação, mas é necessário identificar diferentes níveis, conforme múltiplos fatores que incidem sobre o sujeito e, a partir daí delimitar as condições de saúde do organismo.

Parece-nos, então, pouco apropriado esta concepção de doença como apenas um mal estar físico, mental e social. Lefèvre (1999) refere que esta redução do corpo à condição de uma máquina que pode funcionar mal e produzir menos não se sustenta, pois a relação saúde-doença é “um fenômeno mais complexo na medida em que responde, não apenas aos interesses do indivíduo isolado, mas também aos interesses coletivos hegemônicos” (p. 79/80). É, portanto, um fenômeno social, inserido num sistema social, com interação contínua de fatores múltiplos.

Concepção 2a: A saúde é determinada socialmente

Entre as manifestações sobre concepção de saúde, tanto entre os entrevistados médicos quanto os enfermeiros, aparece 'saúde' sendo determinada pela condição social dos sujeitos.

As pessoas devem ter acesso a alguns requisitos básicos, como [...] ao lazer, a transporte, ter uma situação financeira [...] ter uma boa moradia, que ela tenha os recursos necessários para viver em sociedade [...] então para se chegar a uma definição de saúde tem uma certa complexidade... [...] Têm pessoas que são super felizes com o pouco que têm e vivem naquele mundo e isso para eles basta e são felizes, aparentemente pelo menos. Já para outros não... (M3).

M3 apresenta uma série de necessidades que estabeleçam boas condições de saúde, alertando que isto não é garantia de saúde, visto que as pessoas são heterogêneas em seus anseios. Outra fala que exemplifica esta perspectiva de que a saúde é determinada por fatores múltiplos é a que segue:

É ter condições de saneamento na casa, água encanada, esgoto, lazer, diversão, uma alimentação saudável. Não é só estar livre de dor, é um conjunto de fatores. Um bom trabalho, um bom acesso a saúde, que consiga suprir suas necessidades básicas, ter as condições mínimas para ter uma boa qualidade de vida e viver bem (E2).

Segundo M2, caracteriza sujeito saudável

A pessoa que consegue interagir [...] desenvolvendo seu papel na sociedade, sem privações na sua felicidade (podendo) expressar sua vontade (M2).

Esta afirmação traz ao debate o papel que o sujeito desempenha na sociedade, o alcance da cidadania, que seja protagonista na organização social. Isto supõe a redução de iniquidades e, por conseqüência, mais justiça social, também almejada nos princípios e diretrizes do SUS.

Identificamos nestas falas uma concepção de acordo com a produção social da saúde, que aproxima a condição de saúde à condição de vida dos sujeitos, tanto no plano individual quanto coletivo. A saúde é determinada pela organização social da população, e conforme a OMS são as "circunstâncias sociais e econômicas desfavoráveis (que) afetam a saúde ao longo da vida" (AKERMANN, 2005, pg.77).

Assim, a condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais daquela comunidade, as características comportamentais de sua população e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade. O mesmo ocorre para as condições sociais,

com níveis de renda e riqueza da população, o nível geral de educação na comunidade e as características de oportunidades de trabalho disponíveis para seus membros (STARFIELD, 2002, pg. 23).

A respeito da citação de Starfield (2002), quando se refere à ‘coesão social’, Mendonça (2002) afirma que esta é frágil no Brasil, que comporta uma sociedade muito fragmentada, com grande distância entre as classes sociais e aponta a necessidade de aproximar os diferentes interesses, propiciando uma solidariedade social, na direção de uma proteção social integral.

Neste sentido, para ampliarmos o conceito de saúde, torna-se imperativo incorporar aspectos econômicos e sociais, buscar a equidade e inclusão social, aumentar o poder de participação social da cidadania e fomentar a pluralidade e diversidade de perspectivas dentro da sociedade (AKERMANN, 2005). Trata-se, conforme Abramovay (2000), de fomentar diferentes forças sociais, desenvolvendo um capital social a partir das estruturas e sujeitos que compõem determinado território, que desencadeiam ações coletivas. Esta noção de capital social leva ainda ao “empoderamento” dos atores sociais na luta por direitos.

O empoderamento dos pobres e das comunidades viria a ocorrer pela conquista plena dos direitos da cidadania. Ou seja, seria a capacidade de um ator, individual ou coletivo, de usar seus recursos econômicos, sociais, políticos e culturais para atuar com responsabilidade no espaço público na defesa de seus direitos, influenciando as ações do Estado na distribuição dos serviços e recursos públicos (ROMANO e ANTUNES, 2002, p. 5).

Em síntese, a concepção de saúde ultrapassa as definições restritas à seara biológica, pelo contrário, incorpora a dinamicidade da sociedade na base de seu entendimento. Na definição da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986: “A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (BRASIL, 2008, p. 4).

A partir desta discussão, as falas dos entrevistados, no que tange às concepções de saúde indicam que o discurso está em consonância com a determinação social da saúde e, portanto com o inscrito na Política Nacional de Atenção Básica quando conceitua “atenção básica” (BRASIL, 2007a). Os enfermeiros e médicos destacaram características relativas a ações dirigidas à saúde das pessoas tanto no plano individual quanto à coletividade.

Apesar destas afirmações, segundo Cohen *et al* (2004), ainda persiste certo distanciamento da comunidade científica da realidade de vida de parcela importante da população, que sofre com a precariedade habitacional, com degradação ambiental, com ambientes insalubres. A oposição entre as concepções e as práticas determina um grau de imobilismo frente às questões sociais, que dependem da triangulação dos 'poderes administrativo, técnico e político'³⁸, visando desenvolver políticas públicas relacionadas a essas demandas sociais. A ESF deve, portanto, estar articulada no município, dialogando com as outras estruturas públicas e também com os atores sociais que compõem o sistema de saúde local.

Neste contexto, o discurso afinado ao arcabouço teórico-metodológico da ESF não garante que o trabalho cotidiano dos profissionais em saúde esteja nele amparado. Entre o discurso e a prática existe um caminho a percorrer, o que justifica avançarmos na análise, buscando outros elementos que aprofundem as questões até aqui levantadas.

Concepção 2b: A doença como repercussão multifatorial

Nesta segunda categoria relativa à concepção do processo saúde-doença, as falas dos entrevistados indicaram que a doença apresenta repercussão multifatorial, na medida em que os sujeitos interagem permanentemente com o meio, sendo que as respostas individuais frente às adversidades podem ser variáveis.

A pessoa pode estar com vários problemas, então ela acaba adoecendo, ela pode ficar depressiva, auto-estima baixa, então não é só ter uma doença crônica, degenerativa, mas são problemas, ou financeiros, políticos, familiares, pessoais (E3).

Para algumas pessoas estar doente tem um impacto maior, prejudica mais a sua saúde, mas eu acho que aí influi também a estrutura que a pessoa tem. [...] Você pode estar doente [...] por não ter um trabalho... Por não ter um lugar para morar... e isso pode levar a pessoa a estar mais doente, não patologicamente, mas...(E2).

Percebemos nestas falas um entendimento de que a doença é multicausal, gerando repercussões não só orgânicas, mas também socioeconômicas e culturais

³⁸ Giovanella (1990) analisa estes conceitos, a partir da obra de Mário Testa, argentino, um dos ideólogos do Planejamento Estratégico Situacional.

sobre o indivíduo doente, sua família e sociedade. Na sociedade baseada no consumo, onde os indivíduos são mais relevantes quando produtivos e consumidores, o sujeito fora destas categorias, que não consome, é um problema social (LEFEVRE, 1999; CAPRA; PORTILHO, 2005).

A doença requer uma centralidade no trabalho dos profissionais de saúde, pois ela demanda 'custos sociais'. Agindo sobre a doença o profissional contribui na organização social do meio em que trabalha (MENDES e DIAS, 1999). Estes autores referem que o número de pessoas com doenças relativas ao trabalho tem aumentado ano a ano, em níveis diferentes de complexidade, desde a presença de fatores de risco até a morte. Estas situações têm caracterizado importante impacto sócio-econômico sobre o indivíduo e toda sociedade, sendo necessário que o gestor público firme políticas públicas relacionadas à saúde ocupacional e do trabalhador (BRASIL, 2005).

Reafirmamos, neste contexto, que a doença não é apenas o oposto de saúde, na visão dicotômica anteriormente referida. A doença, a exemplo da saúde, é uma construção social, representam a condição de saúde e doença de dado sujeito ou coletividade e, portanto caracteriza-se como processo dinâmico e complexo (MENDES, 1999).

Esta concepção de doença, na medida em que parte de um processo, está em sintonia com o proposto pela ESF (BRASIL, 2007a). Entretanto, as práticas tradicionais de atenção voltada ao indivíduo, supervalorizando a assistência em detrimento da promoção e prevenção em saúde, continuarão sendo a realidade na ESF, caso outros fatores políticos, organizacionais e estruturais não estiverem suficientemente constituídos.

Com efeito, enfermeiros e médicos, cujas concepções vão ao encontro da concepção ampliada de saúde, possivelmente podem avançar na sua prática de trabalho, aplicando-as no dia a dia. No entanto, se considerarmos a cultura da assistência médico-centrada, conforme referido por Mendes (1999), estes profissionais têm conseguido superar este modelo de atenção à saúde? Em que pese o inscrito na Política Nacional de Atenção Básica, esta deveria ser a diretriz

principal para a mudança do enfoque no processo de trabalho das equipes de saúde (BRASIL 2006d, 2007a, 2007b).

4.2.2 As condições gerais de vida da população assistida pela ESF

Nas concepções de enfermeiros e médicos da ESF acerca do processo saúde/doença, percebemos que elas estão eminentemente alinhadas ao defendido nos princípios e diretrizes do SUS e nos próprios 'manuais' da estratégia (BRASIL, 2002, 2004a, 2006c, 2006d, 2007a). Este fato pode ser positivo para a implementação da integralidade nas ações e serviços de saúde vinculados à ESF e pode indicar que os profissionais vêm aplicando tais concepções, relacionando o processo saúde-doença com o ambiente de vida da população e, por conseguinte desenvolvendo ações dirigidas aos problemas socioambientais. Em outras palavras, trata-se de, no seu processo de trabalho, colocar em prática o conceito ampliado de saúde, abordando aspectos biológicos e da acessibilidade da população às ações de saúde, seu modo/estilo de vida e o ambiente em que esta vive (STARFIELD, 2002).

Isto significa também a capacidade de perceber o risco a que está exposta a população. Segundo Peres (2002), o conceito de 'risco' é difícil de delimitar, pois ele depende da percepção individual dos sujeitos, mas no senso comum é tratado como sinônimo de perigo. Para este autor a noção de risco é um processo de construção social e cultural, na qual sociedades diferentes reagem distintamente frente a um mesmo risco, a partir da trajetória de vida e dos valores culturais dessas sociedades.

A partir desse pressuposto, é importante analisar o que os enfermeiros e médicos entrevistados neste estudo têm a dizer sobre as condições de vida da população e os problemas que enfrentam no seu cotidiano. A este questionamento, as respostas nos indicam duas categorias distintas, consideradas a seguir.

Concepção 3a: o trabalho em excesso adocece as pessoas

Na concepção dos enfermeiros e médicos, as condições de vida da população com a qual trabalham na ESF têm a ver com o seu modo de vida e trabalho, seu sustento econômico. Indicam que as pessoas, nesta perspectiva, têm certa negligência no auto-cuidado, sobrecarregando-se no dia-a-dia. As pessoas são levadas pelas urgências da rotina de trabalho, nem sempre com condições ergonômicas adequadas, o que aliado ao baixo retorno econômico obtido são causas de doenças.

(As pessoas têm) pouco pensamento voltado para a qualidade de vida, mais voltado para o trabalho, e pro ganho financeiro [...] elas não têm a consciência nem tiram tempo para si, são muito voltadas ao trabalho. (E4)

Talvez deversem (as pessoas) estar encostadas no INSS, mas não conseguem, por lesões de carregar muito peso [...] É complicado para a família. É fácil dizer para eles, 'tem que sair do trabalho', mas nem sempre dá (M1).

As duas descrições parecem demonstrar preocupação com o impacto dos problemas na vida em família. A ausência do trabalho, e a possível queda na remuneração, desencadeiam outras dificuldades relacionadas à qualidade de vida da família. Segundo Mendes e Dias (1999), referente ao seguro saúde do INSS, são reconhecidos três categorias de danos decorrentes do trabalho, quais são: (a) os acidentes de trabalho típicos; (b) os de trajeto e (c) as doenças profissionais e do trabalho. Estão excluídos, ou são de difícil reconhecimento as “doenças crônico-degenerativas e as denominadas doenças relacionadas ao trabalho, que têm incapacitado um contingente crescente de trabalhadores...” (MENDES e DIAS, 1999, p. 448). Neste sentido, a manifestação de M1 se justifica, pois, no seu entender, muitas pessoas passíveis de receberem o seguro saúde não têm acesso pela dificuldade de comprovar determinadas patologias como decorrentes do processo de trabalho.

Uma característica econômica regional do Vale do Taquari, majoritariamente composta por pequenos municípios, é a vinculação de sua economia com a produção agrícola. (BDR/UNIVATES, 2008). O trabalho na propriedade rural denota grande carga de trabalho braçal e, percebemos nas falas dos entrevistados, que as condições de vida são impactadas por esta forma de organização socioeconômica (BEDIN; MISSIO e PORTELA, 2003). Estas sobrecargas acarretam Doenças

Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT) ou Lesões por Esforço Repetitivo (LER) influenciando na qualidade de vida das pessoas ao excluí-las da vida ativa, do trabalho, e no seu equilíbrio emocional.

A maioria são agricultores e as doenças prevalentes são as músculo-esqueléticas. E eu acho que o que as faz felizes é essa atividade no campo, tanto que quando a pessoa fica fora dos seus afazeres elas ficam tristes, são pessoas que entram em depressão com facilidade por estarem fora, por não conseguirem fazer as coisas que faziam antigamente (M4).

Esta fala apresenta a contradição entre **trabalho**, que significa a realização pessoal - “que as faz felizes” - e **sofrimento**, devido a doenças músculo-esqueléticas decorrentes da atividade laboral. M4 cita a incidência freqüente de depressão e é corroborado por E1, que alerta para a influência desta falta de realização com o trabalho sobre a família:

As pessoas trabalham muito, muito mesmo. Chega o final de semana, em vez de ficar na família, literalmente os homens estão no bar com cervejadas e as mulheres em casa, com as crianças, e aí começam os problemas, as mulheres com depressão e os companheiros na rua (E1).

As relações sociais dinâmicas e complexas, que envolvem aspectos socioeconômicos e culturais, têm levado ao aumento da incidência de doenças mentais relacionadas ao excesso de consumo de álcool e a baixa auto-estima (BRASIL, 2008). Na atualidade, a cultura do consumo tem determinado grande pressão sobre o sujeito. Este fato aliado às dificuldades econômicas que muitas pessoas enfrentam significa não ter renda financeira suficiente para demandar essa necessidade de consumo, o que pode ser fator desencadeante de certa desestrutura social que repercutirá nos níveis de qualidade de vida da população (DEMO, 2002; PORTILHO 2005).

Para que se altere realmente as condições de saúde de uma população – objetivo social relevante em todas as sociedades – tornam-se necessárias mudanças profundas em seus padrões econômicos e a intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas (Santos e Westphal, 1999, pg. 77)

Em consideração à citação de Santos e Westphal (1999), é interessante acrescentarmos a seguinte, de Melo (1992) apud Trad e Bastos (1998):

Qualquer mudança em padrões tradicionais de comportamento, sobretudo aqueles que foram interiorizados mais precocemente, possui um ritmo quase imperceptível de instalação e exige um tempo ainda maior para que se torne consciente e assumida pelos atores nela envolvidas (p. 433).

As duas descrições complementam-se e reforçam a leitura de M4, quando este fala da felicidade das pessoas poderem fazer o que sempre fizeram mesmo que isto signifique trabalhar demais, causando uma sobrecarga que resultará em sofrimento ou dor. Mas também alertam para a dificuldade que representa mudar esta cultura, primeiro tendo em vista o desafio do enfrentamento do sistema socioeconômico e, segundo, “a mudança de padrões tradicionais de comportamento” (p.433).

Por outro lado, Franco (2002), destaca importante referência em Dejours:

A natureza das agressões à saúde do trabalhador depende, basicamente, das condições materiais e ambientais do trabalho e da organização do trabalho em si – hierarquia e divisão do trabalho, intensidade e velocidade do processo, trabalho fragmentado e repetitivo, conteúdo do trabalho, regime de turnos, tensão, monotonia, pressão do tempo, relações coercitivas, horas extras, etc. (DEJOURS, 1987, apud FRANCO, 2002, p. 215).

Partindo da citação de Dejours, associada aos comentários anteriores, compreende-se por que “as pessoas trabalham demais” em situações insalubres³⁹. Em acréscimo, é importante lembrar que possivelmente muitos trabalhadores não possam parar de trabalhar, por seguro saúde ou aposentadoria, visto que o que receberiam seria insuficiente para prover seu sustento. Manter-se economicamente ativo talvez não seja uma escolha, mas uma necessidade, pelo menos na sua percepção.

Concepção 3b: a falta de ocupação é causa de doenças

Na concepção dos entrevistados, algumas pessoas têm mais chances de desenvolver **doenças** devido à ociosidade, ao tempo, no qual elas freqüentam muito as unidades sanitárias, sem motivo aparente, exigindo uma atenção extra dos

³⁹ Insalubre: Que não é saudável. Diz-se de local em que há agentes nocivos à saúde ou em que se dá a exposição a estes acima dos limites de tolerância (cidade insalubre; fábrica insalubre). Que se dá em local insalubre ou cuja natureza se presta a exposição ou propicia o contato com agentes nocivos, prejudiciais à saúde (trabalho insalubre; serviço insalubre; atividade insalubre) Contaminado por agentes nocivos à saúde; cujo contato, absorção, ingestão etc. pode ser ou é nocivo à saúde (ar insalubre; água insalubre); Que causa doença(s); nocivo, prejudicial à saúde. Fonte: Dicionário contemporâneo da língua portuguesa Caldas Aulete. Francisco J. Caldas Aulete/Antonio Lopes dos Santos Valente.

profissionais de saúde. Na fala dos profissionais de saúde, seria uma parcela da população com mais dificuldades socioeconômicas.

Dá para dividir a população em diferentes aspectos... tem uma população mais carente [...] São pessoas que procuram muito mais a assistência do município. São os que mais freqüentam o posto de saúde (M3)

“Pobreza” e doença não significam a mesma coisa, embora seja preciso reconhecer que o acesso precário a melhores condições de vida, como habitação, educação, saneamento, entre outros fatores, aumentam a possibilidade de riscos pertinentes ao desenvolvimento de situações de doenças (FREITAS e PORTO, 2006).

A composição etária da população também foi apontada como relevante para determinar maiores níveis de ociosidade, associando-se a isso um aumento no número de casos de depressão, conforme se lê:

As pessoas idosas ficam lá, os filhos saem, vão estudar, ou trabalham fora e os idosos ficam isolados. As pessoas vivem num mundo fechado, na parte cultural, não saem muito do município, para passear, jantar. Têm muitos que vem as consultas para conversar, falar de outras coisas. Têm alguns que vem todas as semanas, o que supre um pouco essa necessidade (M5).

O discurso do médico M5 destaca alguns problemas que ocorrem em pequenos municípios. A expectativa de crescimento pessoal é restrita, do ponto de vista econômico. Os jovens, principalmente, emigram para cidades maiores em busca de oportunidades de trabalho, permanecendo os mais idosos. Uma consequência disso é o envelhecimento dos trabalhadores da agricultura, contingente de pessoas que não tem sido renovado. O crescimento caótico dos grandes centros, com a favelização de parte da população é outro resultado desta ocorrência.

Missio e Portella (2003), em estudo sobre o idoso do interior/zona rural, identificaram que é uma grande preocupação desta faixa etária a saída dos jovens deste meio, devido à falta de estrutura, escolas e oportunidades de melhoria nas condições de vida. A região da 16ª CRS também sofre com esse fenômeno, sendo que alguns municípios locais estão entre os que têm maior percentual (mais de 20%) de pessoas com mais de 60 anos no conjunto de sua população (IBGE, 2008).

Quanto às condições de vida da população atendida pela ESF, a fala dos sujeitos revela uma associação clara com a atividade econômica das pessoas. Os problemas de saúde que estas têm são decorrentes de sua atividade, da busca de seu sustento, e a presença desses elementos implica em maior probabilidade de doença.

No entanto, na definição de Cohen *et al* (2004), a influência do ambiente nas condições de vida das pessoas é reconhecido e neste sentido são necessários “equipamentos urbanos básicos, como saneamento, espaços físicos limpos e estruturalmente adequados e redes de apoio para se conseguir hábitos psicossociais sãos e seguros, isentos de violência...” (p. 809). Estes “equipamentos” não dependem somente da renda pessoal ou familiar da população, mas são decorrentes de políticas públicas.

Neste sentido, Navarro *et al* (2002), se referem às doenças emergentes e reemergentes que ocorrem devido a ocupação irregular do território, opinando que as mudanças globais vêm surpreendendo a saúde pública, a qual não tem conseguido enfrentar estas demandas com os instrumentos que ainda emprega.

Nas entrevistas, é importante realçar a ênfase dos profissionais de saúde na relação da saúde com os estilos/modos de vida das pessoas para responder à pergunta. As condições ambientais, como moradia, transporte, saneamento, acesso à rede de esgoto, à água potável, entre outros, praticamente não foram citadas diretamente, talvez estando subentendidas no modo de vida das pessoas.

Se considerarmos as concepções sobre o processo saúde-doença aferidas anteriormente, inferimos que os enfermeiros e médicos da ESF reconhecem o processo saúde-doença como determinado por múltiplos fatores, sendo importantes os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. No entanto, estes profissionais destacam a questão socioeconômica, relacionando o trabalho e condições de vida.

Os enfermeiros e médicos da equipe de saúde da ESF enfrentam, assim, um desafio inicial, qual é de incorporar nas suas práticas profissionais as concepções que manifestam sobre o processo saúde-doença. Neste contexto, o foco de seu processo de trabalho parece ser bem descrito na definição de “atenção básica”,

conforme consta na Portaria MS/GM 648/06, anteriormente mencionada. Espera-se que a ESF desencadeie uma ampla gama de ações dirigidas à promoção⁴⁰ e prevenção⁴¹ em saúde. Tais ações devem levar em conta a intenção de transformar positivamente a realidade de vida da população, especialmente daquelas famílias vítimas das iniquidades sociais.

4.2.3 Aproximações entre Saúde e Ambiente na concepção de enfermeiros e médicos da ESF

As condições ambientais são determinantes da qualidade de vida da população, constituindo-se numa das dimensões relevantes para o campo da saúde (LALONDE, 1974; LEFF, 2005). Partindo desse pressuposto, os enfermeiros e médicos da ESF deveriam ter por rotina a análise sistemática dos problemas socioambientais que incidem sobre a população adscrita ao seu território de atuação, considerando o processo de trabalho embasado na atenção básica e no princípio da integralidade (IANNI e QUITÉRIO, 2006).

Para que esta análise ocorra, os profissionais de saúde devem relacionar saúde e ambiente e identificar os problemas socioambientais que são relevantes para a qualidade de vida da população. Ianni e Quitério (2006) identificam como deficiências dos profissionais no desempenho desta reflexão:

[a] própria concepção de ambiente que a [ESF] tem e que estão expressas nas Normas e Diretrizes, segundo a Portaria 1886/97 do Ministério da Saúde. [a ESF] parece não se incorporar de uma concepção mais interativa das relações homem/ambiente/condições de saúde enquanto totalidade complexa e interveniente... Está distante, portanto daquela presente no conceito de campo de saúde e de promoção da saúde (p.172).

⁴⁰ A Carta de Ottawa (1986) define a promoção de saúde como o processo de capacitação a comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (OPAS, 2008).

⁴¹ Segundo Stédile (2001), “o termo prevenção recebe os mais variados significados, de acordo com o momento histórico e com a interpretação pessoal de quem o utiliza” (p.118). Destaca Winslow, que afirmou ser “a arte de evitar a doença, prolongar a vida e desenvolver as saúde física e mental e a eficiência”; Leavell e Clark apresentaram a classificação em três níveis: primária (promoção da saúde e proteção específica), secundária (diagnóstico, tratamento precoce e limitação da invalidez) e terciária (reabilitação). Apresenta ainda o conceito de Rebelatto e Botomé (1999), que frisam o ‘atuar antes que o problema ocorra’ como relevante.

Neste sentido, ainda neste primeiro bloco temático indagamos os enfermeiros e médicos quanto às concepções relativas ao processo saúde-doença e sobre as condições de vida das pessoas assistidas pela ESF. A partir das respostas dos entrevistados e, considerando a afirmação de Ianni e Quitério (2006), neste bloco temático iniciamos investigando quais concepções enfermeiros e médicos têm sobre a temática saúde e ambiente.

Concepção 4a: saúde e ambiente interagem e interferem no processo saúde-doença

Nesta categoria, os profissionais entrevistados relacionam Saúde e Ambiente, dizendo que ambas incidem no processo saúde-doença, portanto podendo produzir doenças e/ou problemas que podem desencadear doenças.

A pessoa é aquilo que o seu ambiente é; então tem uma relação direta [...] a pessoa é o reflexo do que o seu ambiente é, então, obviamente que está totalmente relacionada (M1).

O ser humano vive intimamente relacionado ao meio ambiente, embora sua postura em relação a este nem sempre é coerente, conforme palavras de M3:

O homem depende tanto, tanto do meio ambiente que parece uma coisa contraditória a forma como o homem trata o meio ambiente, como se ele não tivesse influência sobre a sua vida, a sua saúde (M3).

A correlação entre ambos, ser humano e ambiente, se fundamenta no desenvolvimento da vida, na qual o primeiro só sobrevive a partir dos elementos que extrai do segundo e, em situações de desequilíbrio, podem ser desencadeados problemas diversos que significam risco à manutenção da vida do homem. Trata-se de uma questão de sustentabilidade dos recursos naturais, um agir racional da sociedade na sua relação com o meio ambiente, conforme sustenta Leff (2005). Este autor acrescenta que a organização social com ênfase no crescimento econômico tem repercutido demasiadamente sobre o ambiente.

Os problemas ambientais, a pobreza, a degradação da saúde provêm da racionalidade do crescimento econômico que antepõe a maximização do lucro comercial à saúde do ser humano, e não do simples crescimento da população [...] A população tornou-se vulnerável a deficiências e inocuidade dos alimentos, no abastecimento de água, no saneamento e

nas condições de habitação; à produção de lixo, rejeitos tóxicos e substâncias contaminadoras (LEFF, 2005, p. 314).

Neste sentido, Minayo (2007) embasada em Forget e Lebell (2001)⁴², esquematiza de duas formas a relação entre ambiente, comunidade e economia. Na primeira, os três componentes encontram-se isolados, sem interconexões, o qual superestima a economia em relação ao ambiente e comunidade. Este modelo, segundo a autora, é insustentável. Na segunda proposta, o ambiente a economia e a comunidade se entrelaçam, caracterizando o que Minayo denomina de abordagem ecossistêmica, que em relação à saúde implica em diminuir o aparecimento e transmissão de enfermidades a partir da melhoria da gestão em saúde (p. 98/99).

O ambiente também influi na saúde a partir das condições climáticas e do contato das pessoas com agentes nocivos.

O frio prejudica o sistema respiratório [...] como esse inverno [...] que foi rigoroso e teve muitas internações por pneumonias. A poluição, ela está diretamente relacionada com a saúde das pessoas, com uma melhor qualidade de vida. A questão do lixo [...] que além de causar uma poluição visual vai te causar uma poluição ambiental... (E2)

Nas três falas destacadas acima, percebemos a conexão estabelecida entre condições ambientais mais adequadas e qualidade de vida mediante a ausência de doenças. Retomando o debate sobre qualidade de vida, Freitas e Porto (2006) enfatizam que a incidência de fatores de risco decorrentes do desenvolvimento desordenado tem desencadeado diversos efeitos sobre a saúde humana levando ao aumento de doenças crônicas, entre outros agravos.

A associação entre desenvolvimento e saúde tem sido discutida em diferentes fóruns, como por exemplo, na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento do Rio de Janeiro em 1992 (CNUMAD). Este grande evento, o qual contou com a participação de 178 países, gerou diversos documentos oficiais, entre os quais a Agenda 21 (BARBIERI, 2000). Este autor se refere ao capítulo 6 deste documento, que trata da proteção e promoção da saúde humana, a partir da constatação da relação muito próxima entre situação de saúde e desenvolvimento. Barbieri (2000) acrescenta que a atenção primária em saúde é a prioridade

⁴² Forget e Lebell. Ecosystem approach to human health. 2001.

apontada no documento, informando ainda que a promoção da saúde insere-se em vários capítulos do documento.

Akermann (2005) também se refere à conferência do Rio de Janeiro, comentando que ela recomenda mudar os padrões de comportamento e consumo como forma de melhorar as condições de saúde e, por conseguinte, a qualidade de vida da humanidade. Acrescenta o autor que esta relação entre desenvolvimento e saúde é bidirecional ou mesmo multidirecional, pois “se a saúde tem conseqüências no desenvolvimento social e econômico, as condições econômicas e sociais também influem na saúde” (p. 27).

Mas, vimos discutindo a relação entre saúde e ambiente e sua influência sobre o processo saúde-doença, conforme manifesto na fala dos entrevistados e derivamos para o conceito de desenvolvimento. A aproximação destes temas é previsível, à medida que interagem entre si, conforme proposto por Akermann (2005), Minayo (2007), entre outros autores.

A saúde anda junto com tudo, só que o meio ambiente, a tua casa, a higiene vai te dar uma garantia de saúde bem melhor [...] se não tem um ambiente saudável, não vai ter saúde, qualidade de vida [...] então as duas andam juntas (E3).

A interação entre Saúde e o Ambiente não ocorre apenas na produção de doenças ou não, mas ela propicia melhores ou piores condições de desenvolvimento. Neste sentido, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b), “os riscos ambientais desconhecem fronteiras políticas e econômicas” (p. 8), sendo necessárias ações de prevenção e controle relacionados ao saneamento, esgotamento sanitário, destino de resíduos sólidos, drenagem entre outras ações de manejo ambiental.

Concepção 4b: saúde e ambiente são áreas afins no processo de trabalho em saúde

Conforme a análise da categoria anterior, chegamos aqui ao pressuposto de que Saúde e Ambiente são áreas correlatas que podem envolver um trabalho conjunto, com objetivos bem delineados visando qualificar a vida da população.

Esse pressuposto perpassa os relatos de diversos entrevistados, os quais manifestaram a necessidade de se desenvolverem ações concretas dirigidas aos problemas socioambientais. No entanto, algumas falas destacam a dificuldade destas ações serem efetivadas, às quais demandam um período extenso para ocorrerem, como se percebe no depoimento do seguinte profissional:

Acho que a gente pode mudar e melhorar muito, [...] mas a gente rebola conforme a nossa realidade, a nossa necessidade. [...] A gente vai indo sempre, dá um passo de cada vez, tudo é assim muito devagar. O trabalho é razoável, quase bom, a gente pode, tem que fazer um pouco mais, e tem o que tem que ser melhorado (E1).

A ESF, neste sentido, desenvolve ações relacionadas à atenção básica e à saúde da família, especificamente, conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica [PNAB] (BRASIL, 2007a). Retomando o próprio conceito de atenção básica que descrevemos na introdução, a ESF tem atribuições nesta aproximação entre saúde e ambiente. Na PNAB, entre as características do processo de trabalho da atenção básica destacamos os seguintes itens

III- desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV – desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou **ambientais** (grifo nosso), com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de

doença e danos evitáveis; (e)

IX – desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde. (BRASIL, 2007a, p. 20/21).

Voltaremos ao processo de trabalho das equipes de saúde da ESF na análise do terceiro bloco temático.

4.2.4 Os problemas socioambientais na formação acadêmica dos profissionais de saúde

Para realizar ações voltadas aos problemas socioambientais, é fundamental que os atores sociais envolvidos nesta questão tenham conhecimentos e/ou informações acerca do tema, qualificando o diagnóstico da realidade e a proposição e execução de medidas eficientes. Os enfermeiros e médicos foram questionados

sobre sua formação acadêmica quanto à relação entre saúde e ambiente e os problemas socioambientais. Nas informações obtidas nas entrevistas, observamos que este tema esteve pouco presente na sua formação acadêmica, sendo citadas apenas algumas incidências ocasionais em determinadas disciplinas.

A gente trabalhou uma disciplina, [...] de saúde ambiental, mas foi muito pouco (E3).

O estudo das relações entre saúde e ambiente, mesmo que restrita a uma disciplina ou outra, pode auxiliar o profissional em sua atuação futura.

Passou no curso, mas poderia ter sido melhor, [...] teve um professor [...] que a gente fez visita a lixões, a aterros sanitários [...] e ele tentou nos trazer essa realidade e isso foi muito bom, porque hoje quando se fala em aterro sanitário, em lixão, em chorume, eu consigo imaginar porque na prática ele nos levou, persistiu muito (E1).

A educação/formação em saúde no Brasil acompanhou o modelo hegemônico de atenção à saúde, centralizada no aspecto curativo, no hospital, na especialização, onde o corpo é entendido como o território onde evoluem as enfermidades que devem ser diagnosticadas e tratadas (CECCIN e CARVALHO, 2006a; VASCONCELOS, 2006).

Segundo Schein (1973, apud SCHÖN, 2000) o processo de educação, de forma geral, apóia-se numa racionalidade técnica, adotando um currículo normativo baseado em três fases: a ciência básica, a ciência aplicada e as habilidades técnicas e práticas do cotidiano. Neste currículo, o estudante aprende a aplicar seus conhecimentos apenas na terceira fase.

A medicina decorrente desta visão da realidade é materialista, mecanicista e organicista. A doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados do ponto de vista da biologia celular, da bioquímica e das leis da física. O papel do profissional de saúde é intervir física e quimicamente para consertar o defeito no mecanismo enguiçado. As atividades mentais (pensamento, sentimento, sonho, contentamento, sofrimento e angústia), quando valorizadas, são entendidas apenas como resultado da anatomia, bioquímica e fisiologia do cérebro (VASCONCELOS, 2006, p. 267).

Este quadro tem suscitado a discussão sobre alternativas que qualifiquem o processo educacional. Segundo Schön (2000), a distância entre a concepção de conhecimento profissional dominante e as competências profissionais efetivamente necessárias nas práticas profissionais tem preocupado os educadores, os quais

expressam certa insatisfação com o currículo profissional incapaz de preparar estudantes para atuarem de forma competente no seu campo de trabalho.

Vasconcelos (2006) afirma que na formação acadêmica existe uma “pedagogia oculta”, onde são glorificados os professores tradicionais, moldados ao modelo flexneriano, com a supervalorização de disciplinas aparentemente bem técnicas. Neste ambiente, “os estudantes tendem a valorizar aspectos dos problemas da saúde em que se capacitaram com alguma técnica de atuação” (p. 269).

Os entrevistados, referindo-se à formação universitária indicam esta ênfase na atenção secundária e hospitalar, essencialmente na clínica médica:

Para quem saiu para trabalhar em hospital acho que foi boa, [...] mas para quem trabalha na ESF ou em unidade sanitária, [...] acho que faltou muita coisa, realmente foi bem deficitário o ensino nessa área (E2).

Também o médico M2 corrobora essa opinião:

A medicina prima por ações mais intervencionistas, geralmente para o paciente, [...] a faculdade é mais voltada para aspectos hospitalares, medicina intensiva, e não medicina preventiva (M2).

M3, inclusive, destaca a desvalorização do profissional de saúde que se dedica à saúde comunitária, ao afirmar que:

A medicina sempre foi muito para a formação de especialistas, [...] chega a ser constrangedor para quem não quiser fazer cirurgia [...] por que passa a idéia (que) este cara é um fracassado (M3).

Este conjunto de relatos indica a deficiência na formação no campo da saúde ou na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença ao enfatizar a clínica em detrimento da saúde coletiva, reproduzindo o modelo biomédico, qualificando o profissional para a abordagem individualizada (SABÓIA, 2003; PEREIRA e RAMOS; CECCIN e CARVALHO, 2006). Estes profissionais provavelmente repetirão o modelo médico-assistencial dirigindo seu olhar aos problemas, às doenças, reduzindo seu potencial de intervenção social.

Sabóia (2003) refere que este modelo de formação em saúde segue a corrente filosófica positivista, onde “a relação de dominação-submissão [...] entre os que têm saber e os que não têm, favorece o distanciamento entre os indivíduos,

como se somente alguns privilegiados tivessem direito ao saber/poder” (p. 29). Na saúde a corrente positivista ainda é hegemônica, segundo esta autora.

A subjetividade, a singularidade, a diversidade que distingue cada ser humano, a sua própria condição em relação a tudo que o cerca não são focalizados e muito menos valorizados (SABÓIA, 2003, p. 30).

Este quadro na formação/educação ocorre por quê? Gariglio e Radicchi (2004) apontam a academia e os serviços como responsáveis pela mudança e reconhecem que vêm ocorrendo adequações curriculares, mas ainda é necessário aprofundar a discussão acerca de qual o profissional efetivamente se busca formar, qual seu perfil, quais novas competências deve comportar.

A respeito do perfil do profissional de saúde inserido na ESF, discutimos anteriormente as mudanças paradigmáticas que têm ocorrido nas últimas décadas. Nem sempre este profissional consegue acompanhar estas mudanças, tendo em vista a formação deficiente para uma abordagem ampliada em saúde coletiva. Discutindo a nova prática em saúde pública, Rodrigues (1994), apud Paim e Almeida Filho (1998) manifesta:

Para esta nova prática, necessita-se de novos profissionais, capazes de cumprir distintos papéis, desde uma função histórico-política de “resgatar, do próprio processo histórico de construção social da saúde, os conhecimentos, êxitos e fracassos da humanidade em sua luta pela cidadania e bem-estar” até uma função agregadora de valor através da produção e gestão do conhecimento científico-tecnológico; desde uma função de gerência estratégica de recursos escassos e mediador estratégico de relações entre as necessidades e problemas de saúde (...) (p.307).

Segundo os entrevistados, os problemas socioambientais, ou mesmo a temática ‘saúde e ambiente’, não são temas freqüentes nos currículos acadêmicos, salvo pontualmente, em disciplinas específicas. Apesar das diretrizes curriculares indicarem a adequação dos currículos à política de saúde vigente no país, o processo de ensino/aprendizagem aparentemente se mantém na perspectiva flexneriana, formando profissionais com enfoque clínico. Esta situação possivelmente fragilize os profissionais frente à necessidade de atuarem no contexto da ESF, conforme princípios e diretrizes do SUS.

4.3. OS PROBLEMAS SOCIOAMBIENTAIS NO COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF

Ao constatarmos que a temática Saúde e Ambiente não foi efetivamente abordada na formação acadêmica, julgamos importante averiguar quais são os problemas socioambientais que os enfermeiros e médicos enfrentam no território em que atuam. As respostas dos profissionais indicam que os enfermeiros sabem descrever melhor as ocorrências do que os médicos, os quais não souberam dizer efetivamente quais são as maiores dificuldades.

Essa diferenciação pode ser causada pelos papéis de cada membro na equipe de saúde. O enfermeiro supervisiona diretamente o trabalho dos agentes comunitários de saúde, os quais trazem à equipe de saúde as informações que advém das famílias visitadas na sua rotina de trabalho. Enquanto isso, o médico desempenha funções diferentes, atendendo individualmente aos usuários e fazendo incursões periódicas nas comunidades, em ações coletivas, sem ter um contato tão freqüente com os agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2007a).

Outra causa possível é a própria formação que o profissional recebeu. O médico, conforme visto anteriormente tem predominantemente seu olhar dirigido à clínica médica, ao atendimento individualizado, apesar das mudanças em curso na formação acadêmica (VASCONCELOS, 1997, 2006). O enfermeiro, no seu núcleo de atuação, vem ampliando suas práticas profissionais, desempenhando novas competências relativas a ações no âmbito da clínica, da saúde coletiva, em planejamento e avaliação, ultrapassando o viés mecânico e tecnicista (MEDEIROS *et al*, 2001; PINHEIRO *et al*, 2006a, 2006b, 2006c).

De toda forma, segundo Ianni e Quitério (2006), só recentemente a Organização Mundial de Saúde incorporou na atenção básica em saúde as questões ambientais, ao propor o projeto da Atenção Primária Ambiental (APA) em 1998. Os autores destacam que este projeto ainda se encontra incipiente, mas demonstra que a intersectorialidade e a interdisciplinaridade se impõem como necessidade para o desenvolvimento de ações que relacionam saúde e ambiente.

Entre os problemas socioambientais citados pelos entrevistados os **resíduos sólidos/lixo e as zoonoses e vetores** (ratos, baratas, moscas, mosquitos, entre outros) decorrentes foram os mais significativos. Os relatos informam que o problema existe em decorrência da falta de consciência de muitas pessoas, que jogam ou queimam os resíduos sólidos/lixo em locais inadequados.

...Eu acho que (as pessoas) [...] não se preocupam com o lixo, tem bastante problema com isso aí. O pessoal queima muito o lixo, por que não tem coleta no interior... (E4).

Nesta fala é relevante o ato de jogar ou queimar o lixo, o qual representa uma baixa racionalidade ambiental (LEFF, 2005). Ao mesmo tempo, E4 atribui responsabilidade ao poder público em organizar adequadamente os serviços, como por exemplo, a oferta de vasilhames para seu acondicionamento provisório e o recolhimento dos resíduos sólidos, com seu destino correto. O profissional E3 se manifesta sobre isto, ao informar que as pessoas

Acabam guardando (o lixo) dentro de latões, jogam por aí, não é o que eles comentam, mas é o que a gente enxerga (E3).

Outro problema apontado diz respeito ao **saneamento/esgotamento sanitário**:

Eu acho que na construção das casas (as pessoas) não se preocupam com fossa, [...] não tem o cuidado de não ter chiqueirões próximo das fontes de água, tem bastante problema nesse sentido (E4).

As informações sobre saneamento são acessíveis à equipe de saúde da ESF, por meio dos dados coletados pelos agentes comunitários de saúde. Neste sentido, chamou nossa atenção a omissão dos entrevistados quanto ao tema saneamento, o qual foi pouco citado pelos entrevistados. Isto talvez pudesse ser justificado pelo porte dos municípios, com cidades mais urbanizadas e áreas rurais mais significativas. No entanto, os dados do IBGE (2008) que apresentamos na introdução deste trabalho nos indicam o contrário: temos sérios problemas socioambientais na região da 16ª CRS.

Esta omissão pode relacionar-se com a noção de risco que este problema representa. Na concepção dos enfermeiros e médicos o saneamento não é percebido como um problema relevante, portanto ele não tem um risco potencial de perdas e danos, não representa perigo (PERES, 2002).

Na mesma lógica, os problemas relacionados aos **agrotóxicos** foram muito citados, tendo em vista a exposição das pessoas pelo manejo inadequado, além da falta de uso de equipamento de proteção individual (EPI).

Eu acho importante a questão dos EPI nos agrotóxicos, [...] Eles têm dificuldade de usar o EPI e eles alegam várias coisas como 'ah, é muito quente, é muito pesado, no verão é muito calor, a gente não consegue se adequar'. Aí, tem que partir da equipe essa conscientização, de reforçar a importância de usar (E2).

Essa afirmação converge à fala de outros entrevistados e indica a dimensão desta questão. À medida que o uso de agrotóxicos causa uma gama de problemas ambientais e de saúde tem-se necessidade de ampliar o grau de informação dos atores envolvidos. No entanto, o usuário de agrotóxicos pode não perceber o risco de seu uso, “por motivos que variam do desconhecimento à negação da existência de risco, como prática de convivência em um processo de trabalho injurioso” (DEJOURS, 1992, apud PERES, 2002, p. 137).

Outro problema destacado nas entrevistas se refere ao **trabalho** no meio rural como destaca M1:

Têm os chiqueirões de porcos por aí, mas não sei quem cuida disso [...] ir lá e ver se está tudo em ordem acho que não tem sido visto (M1).

Agora tem uma coisa que eles andam fazendo muito, que é o reflorestamento, estão plantando muito eucaliptos e a gente sabe que o eucalipto absorve muita água (M4).

Nestas duas falas, retomamos a questão socioeconômica, a qual implica na relação saúde e ambiente. LEFF (2005) se reporta à bipolarização entre uma economia produtiva e a economia ecológica, esta como possibilidade de uma mudança paradigmática amparada numa visão ecossistêmica de produção a qual possa estabelecer critérios, condições ou normas a serem respeitadas pelo sistema econômico capitalista hegemônico. Este autor, no entanto reconhece o conflito de interesses que esta perspectiva provoca, transformando a questão num problema político.

Em acréscimo, Ferreira e Ferreira (1995), destacam a necessidade da articulação política em torno de um enfoque ecossistêmico, tendo em vista que atualmente vivemos no Brasil o paradoxo de uma legislação de acordo com a experiência internacional, mas comportamos políticas ambientais, populacionais, de

ciência e tecnologia e sociais desconectadas da política de desenvolvimento nacional. Os autores realçam que a busca de modelos de desenvolvimento não-tradicionais, conforme a economia ecológica proposta por LEFF (2005), são possíveis apenas em regimes democráticos participativos, com amplo engajamento da sociedade.

Vale ainda ressaltar que os profissionais, com maior incidência entre os médicos do que entre os enfermeiros entrevistados, tiveram **dificuldades em identificar problemas ambientais** que incidem sobre a população com a qual trabalham.

Eu esperava pegar mais casos de intoxicação por agrotóxicos, por água, verminoses, muitos problemas parasitários intestinais e na verdade eu peguei menos do que esperava. [...] Ainda não percebi outros problemas ambientais (M2).

... (silêncio longo)... Olha.... (silêncio)... Nós tínhamos um lixão que era um problema ambiental, mas que foi fechado já há alguns anos. [...] Eu saio uma vez por semana, então as pessoas estão ali, mas não tenho observado isso. Talvez nós tenhamos que fazer isso, talvez não, de dar uma olhada maior nestes aspectos, não só clínica de olhar o doente, mas uma olhada geral (M3).

As duas manifestações dos profissionais indicam que o problema possa estar na falta de informações sobre problemas ambientais e sua relação com o processo saúde-doença. No entanto, quando M3 diz que “eu saio uma vez por semana”, podemos identificar que o processo de trabalho não está adequado, pois um médico estar “preso” à unidade sanitária quase todo tempo, não está de acordo com o preconizado pela ESF (BRASIL, 2007a; RIO GRANDE DO SUL, 2007).

No que se refere à falta de informações, conforme abordado anteriormente, a formação profissional no meio acadêmico e o processo de educação continuada ou permanente podem estar falhando na qualificação para atender a essa demanda.

A formação cada vez mais especializada dos profissionais, bem como o despreparo para lidar com universos de significação de grupos sociais distintos dos de origem [...] determina a insegurança destes profissionais [...] contribuindo para uma tendência de aferrar-se aos próprios ‘conhecimentos’, reproduzindo, assim, sua própria visão de mundo que é imposta como modelo àqueles grupos (PERES, 2002, p.140).

O dizer de Peres (2002) nos serve de síntese para reflexão sobre a necessidade de avançarmos na formação, indo ao encontro de profissionais

reflexivos na sua ação, buscando mudanças nas práticas profissionais, conforme proposto por Schön (2000).

4.3.1 Repercussões dos problemas socioambientais sobre a saúde das pessoas atendidas pela ESF

Os problemas socioambientais que incidem no território de atuação da ESF repercutem sobre o processo saúde-doença das pessoas residentes nessas áreas. A esse respeito, perguntamos aos enfermeiros e médicos quais as repercussões mais comuns na ESF, a partir de suas práticas profissionais. As respostas giraram em torno de quatro situações, conforme segue:

Uma primeira categoria identificada, **doenças infecto-contagiosas**, é decorrência da ausência de tratamento de água e a presença de resíduos sólidos/lixo:

Tem surtos de diarreia, [...] principalmente no verão, aí têm a ver com a água. Aqui tem muitas pessoas que têm vertentes ou fontes então não é uma água tratada. E quanto ao lixo, o maior problema, eu acho que são as diarreias, verminoses... (E2).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b), em um trabalho de diagnóstico da situação ambiental relacionado à saúde⁴³, foi considerado que um dos problemas de maior relevância em nível nacional diz respeito ao ressurgimento de doenças transmissíveis, tais como a malária, dengue, cólera, leptospirose, entre outras.

Outra categoria comporta as **doenças relacionadas ao trabalho**, nas quais os profissionais associaram determinadas doenças crônico-degenerativas aos problemas socioambientais.

O que tu mais atende é dor nas costas, hérnias, dor nos joelhos, são coisas mais prevalentes, pela característica do trabalho (M4).

⁴³ Em 1995 foi realizada a Conferência Pan-Americana sobre Saúde, Ambiente e Desenvolvimento (COPASAD), em Washington, Estados Unidos. Este evento desencadeou ações em diversos países, sendo que no Brasil foi criado grupo de trabalho interministerial que elaborou o Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável – Diretrizes para Implementação, que contém um amplo diagnóstico dos principais problemas de saúde e meio ambiente do país.

Nesta categoria estão enquadrados também casos de intoxicação por manejo incorreto de agrotóxicos, sem a utilização de EPI, com a conseqüente intoxicação e agravos decorrentes. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b) identifica que as atividades agrárias extensivas e intensivas têm impactado a saúde do trabalhador rural, por meio do uso intensivo de agrotóxicos.

A **possibilidade de intoxicação por contaminação da água** é uma terceira categoria que pode repercutir sobre a saúde das pessoas. A intoxicação pelo consumo de água não tratada, especialmente pela população do meio rural, foi abordada por M4, ao afirmar que *“Peguei dois casos de intoxicação (por contaminação da água)”*, e por M2, que comenta a incidência também de consumo de água contaminada por agrotóxicos:

A água não tem uma base muito sofisticada de tratamento, [...] principalmente no interior [...] então lá que está o problema, desde o agrotóxico da lavoura, dá uma chuva e escorre para alguma fonte, que pode contaminar essa fonte (M2).

Apesar da determinação legal do controle de qualidade da água para consumo humano, o SISAGUA ainda não está implantado em todas as regiões, persistindo redes sem o devido acompanhamento (BRASIL, 2001b). Aliado a isso, parte importante da população não tem acesso ao fornecimento público de água, recorrendo a fontes, rios, ou outros meios. Isto significa dizer que estas pessoas têm grandes possibilidades de consumirem água não potável, sujeitas ao desenvolvimento de enfermidades.

A quarta categoria de respostas foi nomeada como **sem identificação ou dúvida quanto à relação com problemas de saúde**. Alguns profissionais não se sentiram seguros de indicar doenças e agravos relacionados aos problemas sociambientais incidentes na ESF em que atuam.

Talvez seja mais fácil de identificar naquelas residências onde não existe nem a coleta, [...] e alguns têm lixo a céu aberto e [...] com certeza daí já incidem mais problemas de saúde (E5).

A dificuldade de conectar doenças aos problemas socioambientais locais pode ser decorrente da falta de informação a respeito, o que implica em concepções de saúde que reduzem a intervenção ao campo individual. Neste caso, o profissional talvez não tenha conseguido estabelecer a relação no contexto da produção social

da saúde. No entanto, no conjunto das respostas dos entrevistados, constatamos que estes identificam a existência de uma relação entre saúde e ambiente, pois reconhecem os problemas socioambientais e citam repercussões destes sobre a população.

O questionamento que advém disto é o que os profissionais, enfermeiros e médicos, fazem com este conhecimento. Ele tem impulsionado ações junto à população para diminuí-los ou eliminá-los? Se estas ações ocorrem, elas têm sido eficazes?

4.3.2 O envolvimento da população frente aos problemas socioambientais

As respostas às questões propostas ao final do item anterior são influenciadas pela forma como a equipe de saúde da ESF tem lidado com o tema. Neste sentido, julgamos relevante verificar quais as concepções de enfermeiros e médicos sobre o protagonismo da população, no que se refere aos problemas socioambientais. Os entrevistados, em suas respostas apresentaram uma polarização quanto ao envolvimento da população.

Concepção 5a: as pessoas se envolvem pouco, não contribuem

Nesta categoria, alguns entrevistados indicam uma concepção bastante negativa quanto ao envolvimento da população frente aos problemas socioambientais.

Eles não têm, [...], nem sabem; o que eu percebo é que eles pensam muito no agora, eles fazem a coisa no imediatismo, não é uma coisa planejada, a longo prazo, não sei se eles têm essa orientação (M4)

As pessoas têm consciência mínima, muito pouco. [...]. É muito difícil o impacto, a menos que vá surgir ao longo dos anos, agora não é. [...] eles não conseguem se mobilizar de ir juntos atrás de uma solução que possa favorecer a todos, cada um está preocupado com o seu [...] então há pouca consciência individual e pouquíssima coletiva, também (E4).

Ambas as falas se referem ao individualismo, à dificuldade de agregar forças com foco no coletivo. Tagliari *et al* (2003) referem que em muitas comunidades a equipe da saúde da ESF ainda encontra dificuldades de inserção. A população resiste à estratégia, inclusive por ela não se orientar tão somente pelo modelo

curativo, de oferta de consultas, procedimentos, exames e consultas. A cultura do atendimento centralizado no hospital, principalmente, ou centros de saúde, difundiu a idéia da medicalização, da alta tecnologia como necessidade para a qualidade do trabalho, encarecendo a assistência a saúde (SILVA JUNIOR, 2006).

Quanto a esta falta de envolvimento das pessoas, os profissionais indicam algumas estratégias:

A gente capacita os agentes para falar sobre água, sobre a dengue, que é consequência da água, sobre agrotóxicos... (E4)

O papel do ACS é destacado em vários momentos, citado como elo entre a equipe de saúde e a população. Nesta função, ele é importante agente de educação em saúde.

A população que não se envolve tem pouca informação concreta:

... Eu acho que justamente a educação, a saúde e a informação são muito poucas pra poder dizer que não [tem consciência]... eles não sabem, mas se eu não vou dizer, como é que eles vão saber? (E5).

Nesta afirmação o profissional assume a co-responsabilidade em levar essa informação sobre os problemas socioambientais às pessoas.

A fala de M1 argumenta que algumas ações de educação em saúde não surtem o efeito esperado, devido a questões culturais.

Muitos não acreditam que isso possa estar acontecendo, pela própria questão da cultura, que é muito mais fácil ir lá e passar um herbicida do que capinar. Então, na hora até entende e tal, mas chega em casa e talvez já esqueceu, então tem que retomar, retomar (M1).

A educação em saúde é uma das estratégias de promoção da saúde que podem desencadear melhores níveis de conhecimento sobre a saúde das pessoas. No entanto, para desenvolvê-la, é necessário que na ESF os profissionais possam trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2007a).

Concepção 5b: a maioria das pessoas se envolve até certo ponto

A segunda categoria delineada descreve a maioria das pessoas como conscientes dos problemas socioambientais, porém, apenas parte delas se envolve.

Têm pessoas que tem consciência sim, mas têm outras que têm muita dificuldade. [...]. É uma questão cultural, que está bastante enraizada. Nessa questão do lixo, por exemplo, tem algumas pessoas que ajudam na coleta seletiva, fazem a separação e algumas não; não tem isso (E2).

Eles sabem, e como todas as pessoas que sabem o que tem que fazer, alguns fazem, outros não... [...] eles estão conscientes do que deve ser feito, mas muitos não fazem (M2).

As duas falas destacadas afirmam que essa disparidade na participação das pessoas advém de múltiplos fatores, desde a formação, educação, cultura, economia, entre outros. O sentimento de pertencimento social, a co-responsabilização pelo cuidado do público não é uniforme, e essa heterogeneidade é decorrente da própria organização social.

A gente tem muita dificuldade de reunir essas pessoas. Eles dizem: não, a gente quer aproveitar, tem um dia de sol, tem que aproveitar, se chover não dá para trabalhar. A gente não tira a razão deles por que é o ganha-pão deles, é o sustento deles, então a gente consegue muito mais trabalhar esta questão da conscientização em consultas individuais (E2)

O sujeito E2 afirma que a informação está ao alcance das pessoas atendidas pela ESF, mesmo que haja dificuldade quanto à participação em atividades coletivas. No entanto, enfatiza que a equipe de saúde deve ter o entendimento de que as pessoas também têm suas prioridades, sua rotina de vida e a ESF precisa adaptar-se.

Concepção 5c: As pessoas se envolvem e cobram ações

A terceira categoria indica que há muitas pessoas envolvidas com o tema e cobram da administração pública as medidas necessárias. O enfermeiro E1 sintetiza este envolvimento, ao relatar duas experiências que contaram com a participação da comunidade, com bons resultados:

Quanto ao borrachudo, no início a gente não tinha nenhum voluntário para essas campanhas, para passar o veneno e agora, em questão de um ano a gente tem 60 voluntários. Por quê? Por que a gente começou a conscientizar, a informar, pedir que eles nos ajudassem e então tem essa parceria com a comunidade (E1).

A gente já fez de ir numa comunidade para ver o caso dos roedores. Temos fotos, registramos... Em duas horas pegaram 40 a 50 roedores. Isso preocupa, [...] A gente mostra para eles esse lado. Eu vejo o povo daqui, neste sentido, como muito crítico. (E1).

Ambos os exemplos indicam que a partir do envolvimento pela sensibilização, pela demonstração do papel dos diferentes atores sociais e por meio de ações concretas é possível desenvolver um senso crítico e angariar maior participação das pessoas.

Neste sentido, Minayo (2002) argumenta que as intervenções relacionadas à saúde e ambiente devem ser organizadas de forma a envolver a população sobre a qual incidem os problemas sócio-sanitários. A participação da comunidade nas atividades relacionadas aos problemas socioambientais será maior se for percebida a vinculação entre incidência de enfermidades e esses problemas.

4.4. O PROCESSO DE TRABALHO DA ESF E A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

A ESF pretende contribuir na mudança de modelo de atenção à saúde no Brasil. Ela está em sintonia com outras estratégias, tanto no plano internacional quanto nacional, a partir da constatação de que o modelo centrado na doença, ainda muito presente na atualidade, não contempla as necessidades da população.

Para a ESF dar conta desta responsabilidade, ela tem características que organizam o funcionamento da equipe de saúde e sua relação com os diferentes atores sociais que participam do sistema de saúde. A ESF é fortemente amparada nos princípios e diretrizes do SUS e busca a integralidade da atenção em saúde, intervindo em todos os momentos do processo saúde-doença (ARAÚJO e ROCHA, 2007). No entanto, a ESF nem sempre consegue alcançar seus objetivos, pois o processo de trabalho pode sofrer diversas interferências quanto à sua efetividade.

Um dos problemas que mais têm aparecido como determinante do insucesso da ESF em muitas equipes de saúde é a falta de planejamento das ações e serviços, o que é referido pelos entrevistados neste estudo:

Falta muito a gente sentar e planejar ações... a gente faz muito apagar incêndio, apaga um incêndio aqui, outro ali, tem um problema aqui, resolve esse problema que tem para resolver, daqui a pouco aparece outro lá (E2).

A organização do trabalho sem planejamento compromete os resultados da ESF, pois como afirma E2, as demandas cotidianas se sobrepõem a outras iniciativas, tomando todo o tempo dos profissionais de saúde. Ações de saúde coletiva, supervisão dos ACS, incursões na comunidade para a educação em saúde, entre outras atividades que os profissionais poderiam desenvolver ficam em segundo plano, transformando a ESF em mais um serviço centrado no atendimento à doença.

Segundo Bromberger (2003), a equipe de saúde da ESF precisa de envolvimento no processo de trabalho, agindo, mas também pensando e refletindo sobre sua prática, se de fato busca a transformação social.

Porém, para que essas práticas se efetivem, é necessário considerar o indivíduo como um ser sócio-biológico, inserido num contexto, calcado de representações sociais, que se constituem a partir de aspectos éticos, políticos, econômicos, culturais e ambientais, que são fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença (BOMBERGER, 2003, p. 22).

Nesta conjuntura, é relevante investigar o processo de planejamento das equipes de saúde da ESF em que atuam os enfermeiros e médicos entrevistados neste estudo. Este processo é coerente com a Política Nacional de Atenção Básica? O planejamento das ações é baseado em quais informações? Estas e outras questões podem indicar algumas potencialidades desta política pública, tanto para a assistência a saúde quanto para a efetividade de ações dirigidas aos problemas socioambientais.

Segundo Araújo e Rocha (2007) a equipe de saúde em seu trabalho visa impactar o processo saúde-doença, a partir de diferentes olhares numa prática interdisciplinar e a interação de suas práticas profissionais, onde um complementa o outro. Freitas e Pinto (2005) acrescentam que a ESF propõe novas práticas sanitárias, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e desta forma faz uso de instrumentos para o monitoramento e avaliação das ações e serviços, dentre os quais se destaca o SIAB.

Neste contexto, os enfermeiros e médicos foram questionados sobre o planejamento⁴⁴ dentro das equipes de saúde. As respostas dos profissionais permitem propor duas categorias de respostas.

Concepção 6a: Processo de trabalho sem planejamento

A primeira categoria indica que as equipes de saúde têm dificuldades de implementar um planejamento sistemático de suas ações. As razões para estas dificuldades têm a ver com diversas causas. O insuficiente apoio do gestor, a falta de sintonia da equipe de saúde e a rotatividade dos profissionais, são aspectos revelados pelos profissionais. A este respeito, um profissional declara que a

Equipe engrena, mas depois desconecta, com a rotatividade da enfermeira, [...] não se criou uma rotina (M5).

Quanto à sintonia na equipe de saúde, um depoimento que demonstra a importância dos profissionais de saúde estabelecer com certa relação formal, no sentido de definir papéis e responsabilidades, é o que segue:

Ah, aí eu vou acabar detonando, por que eu ando meio sozinha (emoção)... Não existe troca, não existe planejamento de equipe... (silêncio)... Eu não consigo trocar, para esse sentar e pensar o que vamos fazer... (E5).

Este profissional se refere à dificuldade de envolver outros profissionais no planejamento das ações de saúde. A este respeito, Gariglio e Radicchi (2004) avaliam o papel do médico na estrutura de saúde pública e seu nível de envolvimento, sendo que apontam como freqüentes as manifestações de queixas por parte de gestores da saúde. Estes autores, no entanto, argumentam que tal ocorre tendo em vista que a profissão médica passa por um paradoxo, entre o poder que concentra e a perplexidade frente às mudanças que não controla.

A revolução tecnológica tem provocado, (...) mudanças importantes tanto nos saberes quanto nas práticas da profissão médica. Componentes importantes e estruturantes do poder e status médicos sofreram abalos, como a autonomia, o poder de decisão, a relação médico-paciente, a

⁴⁴ Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham deteriorar-se no futuro (CHORNY, 1998, apud BRASIL, 2007c, p. 11).

tradicional hegemonia nas equipes de saúde, o domínio e o conhecimento do corpo humano (GARIGLIO e RADICCHI, 2004 p. 44).

Outro problema diz respeito à falta de apoio do gestor de saúde. A ESF, pelas características de suas atribuições, necessita de suporte no desenvolvimento de suas ações. Neste sentido, o respaldo do secretário de saúde ou do prefeito é fundamental para o planejamento das ações e a posterior execução destas.

Agora, reuniões de planejamento, nós tocamos nesse assunto muito frequentemente e nunca fazemos [...] temos feito esta autocrítica, mas chega um ponto que as pessoas também... tu pede, tu pede, tu pede e daqui a pouco tu te entrega, não que se entrega, mas tu acaba entrando no ritmo (M3).

Este depoimento expressa um sentimento de impotência frente à necessidade de organização na equipe de saúde, para fins de iniciar um processo de planejamento. Transparece o desabafo do profissional, que demonstra interesse em implantar uma rotina de planejamento, sem, no entanto conseguir isto na prática.

A possibilidade ou não de desencadear um processo de planejamento é dependente das relações de poder estabelecidas entre os atores que participam da ESF, quais são os membros da própria equipe e aqueles externos que relacionam seu trabalho com essa equipe, como por exemplo, o gestor de saúde. Giovanella (1990) a partir da obra de Mário Testa, afirma que este autor tipifica o poder em técnico, administrativo e político, numa conjugação que estabelece certo equilíbrio a partir da relação entre os três tipos. Se a relação não ocorre a contento, uma forma de poder prevalece, dificultando o processo de diálogo e, neste contexto, o próprio planejamento.

Algumas equipes de saúde entram na rotina de priorizar o atendimento à pacientes, ficando de lado as outras ações da assistência à saúde. Apesar de reconhecerem a importância de haverem momentos de encontro, mesmo que isto signifique “fechar o posto”, elas não conseguem estabelecer a reunião como prioridade. Fortuna *et al.* (2005) argumentam que é da natureza da equipe interdisciplinar haver um trabalho dividido, pois cada membro tem um núcleo de saber específico, mas que processos grupais são importantes para aproximar essas diferentes práticas.

Tagliari *et al* (2003) identificam que os limites para a equipe de saúde trabalhar em equipe tem a ver com questões relacionados à própria equipe, desde a falta de capacitação de alguns membros, a pouca experiência em saúde pública, entre outros motivos. A condição de estabelecer diálogos de qualidade entre os membros pode implicar em mais união e aceite dos membros à eventuais críticas. Neste sentido, as reuniões de equipe devem ter objetivos bem delineados, com distribuição de tarefas entre os membros, co-responsabilizando as pessoas pela condução do processo (FORTUNA *et al.*, 2005).

Concepção 6b: Planejar as ações é rotina na equipe de saúde

A outra categoria identificada é oposta à primeira. Algumas equipes de saúde revelaram que conseguem se encontrar e planejar o que deve ser feito, como reflete bem a fala de E1:

Uma época a gente nem conseguia mais fazer reuniões semanais. Então, agora a gente literalmente fecha o posto e faz. [...]. A gente produzia, produzia, produzia, e não parava para avaliar... hoje a coisa está mais organizada para nós, e com isso a gente consegue trabalhar melhor (E1).

O ato concreto de “fechar o posto” demonstra que a equipe de saúde definiu a reunião como prioridade. Isto permitiu que se avançasse na avaliação dos processos de trabalho e na organização da própria ESF. O profissional manifestou que ficou “melhor”, evidenciando mais satisfação com a rotina de trabalho.

Priorizar a reunião de equipe, em algumas circunstâncias, representa uma dificuldade para a ESF, como indica a fala do profissional:

Temos um horário só que a gente barra nisso um pouquinho que não tem hospital no município, tem atendimento, mas a gente tenta manter isso toda semana pelo menos uma hora, onde a gente senta com a equipe mínima e a gente traz situações para o grupo todo e define na equipe, o que fazer (E3).

O profissional relata que a estrutura de saúde local, restrita à Unidade Sanitária demanda uma busca contínua de atendimentos pela população, sobrecarregando os profissionais. Estes, porém, procuram persistir nos encontros semanais, por pelo menos uma hora, para avaliar os problemas e definir ações dirigidas a estes problemas. Fortuna *et al* (2005) afirmam que a convivência dos

membros da equipe de saúde aproxima-os, desenvolvendo um sentimento de pertencimento. A partir deste ponto, acrescentam os autores, a cooperação entre os profissionais cresce, articulando-se os saberes e fazeres.

Tanto entre os profissionais que têm conseguido determinar um tempo para reuniões de equipe com o fim específico de planejar ações quanto para os profissionais que não têm essa rotina, os instrumentos disponíveis que fornecem dados ou informações que auxiliam nesta leitura da realidade não são amplamente conhecidos. Entre estes instrumentos, poderíamos citar todos os sistemas de informações que são alimentados por dados gerados na rede de saúde.

Em relação aos sistemas de informação nos fixaremos ao SIAB⁴⁵, pois é aquele diretamente ligado às atividades da ESF. Este sistema de informação, no entanto, é algo desconhecido para alguns profissionais.

O SIAB é de estatística, né? O SIAB a gente manda dados para ele, eu uso pouco o SIAB” e M4: “sobre o SIAB, eu não uso isso, não tenho acesso a isso, pelo menos não por enquanto, não sabia que tinha (M2)

O uso precário do SIAB não é exclusividade dos médicos entrevistados. Entre alguns enfermeiros, as informações disponíveis não têm gerado ações concretas por parte da equipe de saúde.

A gente trabalha muito pouco com o SIAB. [...] Informações de saneamento, não é que a gente não use, mas esses dados envolvem muito mais do que a nossa secretaria, isso envolve a agricultura, envolve obras, outras secretarias da administração. Se a gente for olhar no SIAB os nossos dados de esgoto e saneamento são horríveis, [...] a gente se pergunta, o que vamos fazer, por onde começar? (E4).

O SIAB, apesar da sua potencialidade, não é largamente usado pela pouca divulgação junto ao gestor e pela qualificação da equipe de saúde para seu manejo (SILVA e LAPREGA; FREITAS e PINHO, 2005). Estes autores destacam que as equipes de saúde não têm aproveitado as informações disponíveis no SIAB, o que implica em processos de trabalho que podem estar descontextualizados da realidade local, pois talvez não considerem a situação de saúde da população.

⁴⁵ O SIAB foi criado em 1998 pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) e Secretaria de Assistência a Saúde, do Ministério da Saúde, para auxiliar no acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelos ACS, agregando e processando os dados advindos das visitas domiciliares, bem como, do atendimento médico e de enfermagem realizado na unidade de saúde e nos domicílios (BRASIL, 2000).

O desenrolar da assistência em saúde nas unidades sanitárias sem avaliação e planejamento das ações e serviços induz ao atendimento por demanda espontânea, na qual a população busca os serviços quando julgar necessário e a equipe presta o atendimento a estas pessoas (PAIM, 1999b). Segundo este autor, é a rotina essencialmente utilizada no modelo médico assistencial privatista, na qual a busca por atendimento se dá por “livre iniciativa” das pessoas, caracterizando-se como essencialmente curativo.

A gente não usa muito o SIAB para fazer uma análise [...] Do saneamento a gente vê assim quais são as famílias que não tem o esgoto encanado e a gente vê com a secretaria de obras se é possível colocar uma rede de esgoto naquela casa (E2).

Este profissional, apesar de alegar que não usam rotineiramente o SIAB, acrescenta que avaliam questões referentes ao saneamento e indicam uma ação intersetorial ao contatar outras secretarias para intervir naquilo que a área da saúde não tem competência para resolver. A intersetorialidade também é citada por outro profissional, o qual informa a disponibilidade de informações para outras secretarias da administração municipal:

A gente estava olhando a questão da cloração da água, a falta de energia elétrica, [...] aconteceu esses dias por causa do censo, o prefeito queria ver a população já que o censo deu uma população menor que a do SIAB (E3).

O SIAB comporta informações importantes para o processo de planejamento⁴⁶. No entanto, ao não ser usado para este propósito transforma-se em peça burocrática, apesar dos profissionais reconhecerem informações que constam no SIAB e que são percebidos no cotidiano do trabalho destes profissionais (SILVA e LAPREGA, 2005).

O SIAB era uma peça esquecida e praticamente só eu trabalhava com isso [...] não se fez nenhum trabalho em cima disso e o que preocupa é no interior [...] tem lixo queimado, lixo enterrado e isso preocupa. A gente está por enquanto só analisando, não usou esses dados para fazer nada, nada (E1).

Em síntese, constatamos que os enfermeiros entrevistados conhecem mais o SIAB do que os médicos; dominam melhor as informações que o sistema contém,

⁴⁶ O Relatório do SIAB - Consolidado das Famílias Cadastradas, identifica as seguintes informações: (a) distribuição da população por faixa etária e gênero; (b) doenças referidas; (c) número de famílias estimadas e cadastradas; (d) número de jovens entre 7 e 14 anos na escola; (e) modo de

mas isto não tem significado um uso freqüente no cotidiano do trabalho. Referente ao SIAB, Ianni e Quitério (2006) criticam-no, afirmando ser ele incapaz de registrar “a complexidade das situações reais” (p.174), como por exemplo, a falta de recolhimento dos resíduos sólidos em becos ou locais de difícil acesso. No entanto, o sistema não deve ser o único instrumento de análise das condições de vida da população, mas é auxiliar na leitura da realidade local.

Planejar as ações e serviços desenvolvidos no processo de trabalho pode melhorar os resultados alcançados pela ESF. O Ministério da Saúde instituiu o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), por meio da Portaria 399/06, em 22/02/2006, a qual aprova as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

O planejamento previsto nesta normativa se relaciona ao acompanhamento do Plano Municipal de Saúde, a elaboração de uma Programação Anual de Saúde e a apresentação de um Relatório de Gestão (BRASIL, 2007c). Em síntese, o SUS reconhece a necessidade de criar instrumentos de planejamento, os quais podem ser aplicados em todos os níveis de atenção em saúde. A ESF, por sinal, a partir da própria Portaria 648/06, da Política Nacional de Atenção Básica, define no processo de trabalho o planejamento como instrumento fundamental ao diagnóstico, programação e desenvolvimento das ações (BRASIL, 2007b).

Neste contexto, dentro do processo de trabalho das equipes de saúde, pelo menos no que diz respeito à parcela do tempo dedicada à organização, à análise, ao planejamento, ainda encontramos muitas dificuldades. Por que ocorrem estas dificuldades? Seguindo na análise, julgamos importante verificar como ocorrem as reuniões das equipes de saúde da ESF.

Os entrevistados foram questionados sobre a importância da reunião de equipe e da sua ocorrência. A partir das respostas, foram identificadas duas situações distintas nas equipes de saúde às quais pertencem os profissionais. Para algumas equipes, **falta sintonia entre os profissionais e assim eles não têm condições de planejar**. Já no segundo caso, as equipes de saúde **realizam reuniões sistematicamente desencadeando o planejamento**.

tratamento de água no domicílio; (f) abastecimento de água; (g) tipo de casa; (h) destino do lixo; (i) destino de fezes/urina; (j) acesso a energia elétrica.

Eu acho que não tem planejamento na nossa ESF, acho que ela já esteve bem melhor do que está hoje. Eu acho que falta muito da gente sentar e planejar ações... Então eu acho que isso é uma coisa que a gente peca com a falta de planejamento... (E2).

O entrevistado expressa a falta de uma agenda construída pela equipe de saúde para a análise da realidade da população atendida. Sem esta organização, as ações são pontuais e demarcadas pela demanda espontânea da população. Fortuna *et al* (2005) destacam que as individualidades dos membros das equipes interferem na sua dinâmica, se estabelece um conflito entre estar ou não no grupo, o que reflete um medo de perda da individualidade. Os autores acrescentam que em equipes em constituição há uma tendência de aparecem diferenças entre os membros, um jogo de poder mais ou saber mais, que tem a ver com a individualidade a pouco mencionada.

Medeiros *et al* (2007) indicam um alto índice de rotatividade nas equipes de saúde da ESF, à proporção de 64,5% entre médicos e 22,6% entre enfermeiros no ano de 2005, na região da 16ª CRS. Esta rotatividade dificulta o vínculo entre os membros da equipe de saúde e desta com a população.

Por outro lado, ocorreram manifestações de profissionais quanto à realização freqüente de reuniões de equipe.

A partir da reunião, a gente planeja. Geralmente, a reunião tem a equipe básica [...] Agora a gente ta trabalhando mais com o SIAB [...] Cada mês é um profissional que coordena a reunião. Ele apresenta a ata ao secretário de saúde, e a pauta a gente traz praticamente pronta já que durante a semana a gente vai se conversando (E1).

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

Como percebemos na descrição da fala de E1, a partir da realização dos encontros, a equipe de saúde se estruturou “horizontalizando” as relações, ou seja,

não há um líder ou coordenador permanente, papel que cabe a diferentes profissionais, em alternância.

Esta possibilidade da equipe de saúde avaliar e planejar estabelece um fator de qualidade para o trabalho. Em algumas equipes de saúde as reuniões são organizadas de forma precária ou mesmo não ocorrem. Em algumas situações as reuniões ocorrem, mas sem a participação de parcela importante dos profissionais.

A reunião do enfermeiro com os agentes, essa reunião acontece, e eu procuro trazer outros profissionais para trabalhar com elas, para trabalhar ações (E2).

O que é feita é a reunião com as agentes, por que o que a gente decide ali dentro tem que ser passado para elas, então isso é muito com a enfermeira, isso foge um pouco das minhas tarefas... (M4).

Ambas as falas corroboram a idéia de que são aceitáveis as reuniões de parte da equipe de saúde com os ACS. Estes encontros, apesar de objetivarem capacitar os ACS, não substituem as reuniões ampliadas, pois podem reduzir a co-responsabilização dos demais membros da equipe de saúde.

Os agentes não participam da reunião. A situação da pauta, a gente vê as questões durante a semana e daí fica aberta, se alguém quer iniciar, de acordo com a demanda que aparece com os problemas que aparecem (E3).

A participação ou não de alguns membros nas reuniões parece indicar certa hierarquização nas equipes de saúde. Percebemos nas respostas dos entrevistados que há uma divisão implícita nas equipes de saúde entre aqueles que detêm formação universitária dos outros. Fortuna *et al* (2005) nomeiam esta divisão de 'polarização', citando como exemplo a profissão médica que adquiriu um certo status ao longo da história, o que faz com que este profissional detenha um poder dentro da equipe, o que pode dificultar uma inserção não vertical, de mando, na equipe.

Com efeito, participar ou não das reuniões não é uma prerrogativa dos profissionais, sob o ponto de vista das normas da ESF. A estratégia preconiza reuniões semanais da equipe de saúde, ou seja, com a participação de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, além de outros profissionais que por ventura façam parte da ESF (BRASIL, 2007a, 2007b).

As respostas dos entrevistados indicam que as equipes de saúde se organizam de forma diferenciada. Algumas equipes estabeleceram um “contrato de convivência” informal que parece levar a uma dinâmica de funcionamento com mais harmonia. Estas equipes conseguem manter uma rotina de reuniões mais estável. Em outras equipes de saúde estas relações internas são menos pactuadas e as reuniões são menos formais, realizadas em locais improvisados e sem uma agenda de trabalho bem construída.

Não, não tem pauta pré-agendada. Como nós somos uma equipe muito pequena, a gente conversa informalmente, é na cozinha que a gente discute, tem esse problema, o que dá para fazer. Não vou dizer que não existe, mas não daquela maneira formal de reservar uma hora, vamos fechar a porta e vamos planejar tais ações (E2).

Outros profissionais destacam que têm grande dificuldade de estabelecer as reuniões como uma rotina da ESF: M2 afirma que no horário normal de trabalho as ações são centralizadas no atendimento à população e

Hoje a gente não consegue fazer reuniões durante o horário de serviço, fora de horário já é mais difícil (M2).

Nesta afirmação transparece que não há um tempo dedicado aos encontros, o que fragiliza todo o processo de planejamento, ou mesmo inviabiliza-o. Alguns profissionais relatam que suas equipes de saúde não conseguiram fazer nenhuma reunião, e concluem que isso empobrece a ESF, diminui seu potencial.

Eu já tentei instituir, [...] só que não tem tempo para se reunir todos, fecharem o posto. E aí reunião de equipe toda não acontece. Quantas reuniões foram feitas? O que acontece é que quando surge um problema aí se decide em última hora (E5).

Os entrevistados apresentam diversas justificativas para a precariedade na participação/realização de reuniões formais da equipe de saúde. Um destas justificativas gira em torno da falta de tempo, causada por diferentes motivos. Um destes motivos foi o excesso de atividades burocráticas. Os enfermeiros foram os profissionais que mais reclamaram deste ponto, como destaca E4, ao falar que a burocracia causa

Sobrecarga, no sentido de muitos programas: manter SISPRENATAL, HIPERDIA, SIAB... (E4).

Um problema importante indicado pelos enfermeiros foi o fato de desempenharem múltiplas funções na equipe de saúde, desde ações técnicas de

atendimento à população até atividades ligadas a gestão. Este problema provavelmente se deve a falta de servidores públicos nas secretarias de saúde dos municípios em que os entrevistados exercem suas atividades, conforme mencionado pelos entrevistados.

Eu faço de tudo um pouco aqui dentro, na administração, no curativo, medir pressão, [...] faço pré-aconselhamento para testagem de HIV e tem dia da semana que a gente faz o eletrocardiograma, [...] As consultas de enfermagem vão conforme a demanda. Eu que faço os relatórios, enfim, de tudo um pouco (E3).

Além da falta de servidores públicos, outro problema assinalado pelos profissionais é a pouca estrutura para o trabalho das equipes de saúde. Medeiros *et al* (2007), afirmam que a falta de estrutura e condições de trabalho é uma das causas de rotatividade nas equipes de saúde da ESF, sendo motivo de desestímulo para muitos profissionais destas equipes.

Nessas reuniões eu marco as visitas domiciliares, mas aí tem o problema de carro, às vezes tu marca o carro e ele precisa levar alguém (E3).

Este profissional destaca que a estrutura não se restringe à Unidade de Saúde, especialmente na ESF, que demanda ações de saúde junto à comunidade, em visitas domiciliares, por exemplo. A falta de veículo para o deslocamento ao campo de trabalho inviabiliza o desenvolvimento destas ações.

Em tese, as unidades sanitárias que comportam a ESF apresentam equipamentos suficientes para procedimentos básicos. Procedimentos mais complexos precisam ser transferidos para outros serviços de saúde, geralmente em centros maiores. Esta forma de organização, enfatizando a atenção básica na ESF é coerente com a diretriz da hierarquização das ações e serviços de saúde no SUS. Assim, o SUS se organiza com mais racionalidade, constituindo redes de serviços.

Realizar as reuniões de equipe não é garantia de resolução de todos os problemas de gestão. Mas, o fato de levar os assuntos ao debate coletivo pode responsabilizar todos os membros dessa equipe na busca de soluções. Araújo e Rocha (2007) destacam a importância de uma relação dialógica no interior das unidades de saúde, aperfeiçoando a comunicação e desta forma aproximando as práticas de cada profissional que faz parte das equipes de saúde.

Outro profissional, o qual anteriormente informou que sua equipe de ESF não mantém reuniões periódicas, também se reporta à falta de veículo para acompanhar o trabalho dos ACS:

Consigo acompanhar as agentes, tenho agendado dias para isso, só que tem um problema com o carro, [...] chega a hora e não tem carro porque está removendo um paciente, e daí minhas visitas ficam... Sempre tem outras coisas que são mais importantes... (E5).

Ao contrário, E1, que atua em uma equipe de ESF que realiza sistematicamente reuniões de equipe, manifestou conseguir realizar suas atividades fora da Unidade Sanitária. Nesta equipe de saúde, os problemas debatidos nas reuniões são registrados em ata, a qual é discutida com o gestor municipal. A equipe de saúde demonstra união e com isso reivindica soluções para as dificuldades que ela enfrenta no desenvolvimento de seu trabalho.

Saio com as agentes (para) fazer visitas com elas, com o médico, com as técnicas [...] consigo ter participação em grupos, [...] a gente faz o grupo em cima do tema que eles trazem, eu não vou lá e começa a falar de tudo que é coisa (E1).

A fala de E1 registra a importância do acompanhamento do trabalho dos ACS pelo enfermeiro, em ações coletivas. Como afirmado anteriormente, essa possibilidade foi garantida pela equipe de saúde, ao demonstrar ao gestor de saúde a necessidade de um suporte adequado para a equipe da ESF.

As reuniões da equipe de saúde propiciam o diálogo entre os profissionais que fazem parte da ESF. As reuniões de equipe constituem um espaço importante para a avaliação das condições de vida da população, a programação das ações e serviços a serem desenvolvidos e o monitoramento dos indicadores de saúde (FORTUNA *et al*, 2005).

Com amparo no princípio da integralidade, ao ultrapassar a segmentação de tarefas, uma equipe de saúde atuando com transdisciplinaridade amplia a co-responsabilização de seus membros com os resultados esperados a partir de seu trabalho (CAMPOS, 1999). A intervenção sobre os problemas que ocorrem no seu território de atuação pode ser mais organizada e, possivelmente, com melhores resultados, envolvendo a população neste processo.

A gestão e o planejamento em saúde [...] incorporaram saberes e técnicas que valorizam a inter-relação entre equipes e população, tomando-a como

um instrumento para co-produzir novas subjetividades que interfiram nas condições de vida, de saúde e de adoecer das pessoas e comunidades (CAMPOS, 1999, p. 401).

O trabalho em equipe estrutura e potencializa as habilidades humanas, co-responsabiliza no desenvolvimento das tarefas para se alcançarem os objetivos comuns e, em não havendo interação o risco do agir fragmentado persiste (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

4.5 LIMITES E POSSIBILIDADES DA ESF EM SAÚDE E AMBIENTE

As entrevistas com os enfermeiros e médicos que atuam na ESF da região da 16ª CRS buscaram analisar as suas concepções sobre o processo saúde-doença e as suas inter-relações com a questão ambiental. Quais as relações que se estabelecem nestas concepções e de que forma elas interferem no seu trabalho, foram outros pontos abordados. Por fim, a formação dos profissionais de saúde quanto à questão ambiental e os problemas socioambientais também foram questionados.

O processo de trabalho da equipe de saúde da ESF, a dinâmica das reuniões que são realizadas, a inexistência de reuniões em algumas equipes, as dificuldades de estrutura, a falta de apoio dos gestores públicos, entre outros pontos, aparecem sistematicamente nas falas e indicam possíveis limites para a efetividade da ESF.

Não obstante, as condições de vida da população com a qual as equipes de saúde da ESF trabalham e os problemas socioambientais presentes nestes territórios continuam existindo. Com dificuldades ou não, enfermeiros e médicos têm certo grau de responsabilidade pelo desenvolvimento de ações dirigidas para essa demanda social, que ultrapassa os limites do atendimento clínico/técnico, voltado ao sujeito doente apenas.

Neste contexto, o campo da saúde apresenta extensa fronteira social, interagindo com diferentes áreas. A ESF, como política central na Atenção Básica

em Saúde, não se limita ao trabalho técnico dos profissionais que compõem a equipe. Pelo contrário, seu raio de ação perpassa diversos setores, justificando assim a diretriz da intersectorialidade como fundamental.

Segundo Ianni e Quitério (2006), a intersectorialidade é uma condição essencial para o desenvolvimento de ações dirigidas às questões ambientais, visto que as estratégias tradicionais de prevenção e regulação do campo da saúde não alcançam todas as situações. Os autores acrescentam que “a promoção da saúde propõe que intervenções e diagnósticos devem emergir de processos que pressuponham interdisciplinaridade e intersectorialidade” (p. 170).

A questão que se impõe é se de fato estes profissionais conseguem desenvolver ações sobre os problemas socioambientais, a partir da ESF. No mesmo rumo, quais seriam os limites e as possibilidades para o desenvolvimento de ações voltadas ao tema? Como superar eventuais dificuldades? Na concepção destes profissionais da saúde, com que outros atores sociais eles poderiam contar para tornar efetivas ações voltadas aos problemas socioambientais?

Este conjunto de interrogações compõe o quarto bloco temático desse estudo. Buscamos indicativos para possíveis respostas, que talvez nos indiquem caminhos para a efetividade de ações dirigidas aos problemas socioambientais, na perspectiva da integralidade, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Os enfermeiros e médicos foram questionados sobre quais ações relacionadas aos problemas socioambientais poderiam ser desenvolvidas a partir da ESF. Diversas ações foram citadas, as quais podem ser agregadas em diferentes categorias. As categorias têm a ver com as atribuições das equipes de saúde da ESF, conforme proposto nas Portarias ministeriais que disciplinam esta política pública de saúde (2007a, 2007b).

a) Educação em saúde, por meio dos agentes comunitários de saúde

Nesta categoria, os agentes comunitários de saúde foram indicados como participantes centrais na educação em saúde. Estes trabalhadores da saúde têm suas atribuições descritas na PNAB, entre as quais destacamos os itens:

I – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

III – estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; (e)

VI – desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco (BRASIL, 2007b, p. 45/46).

Conforme constatamos, os ACS desenvolvem ações de educação em saúde. Uma característica importante dos ACS é o fato de serem moradores na área em que trabalham, ou seja, são oriundos da própria comunidade e, por conseguinte provavelmente vivem nas condições de vida da população da sua micro-área de atuação.

Quem mais vai intervir nessa parte ambiental seriam as agentes de saúde, que elas têm o contato com a maioria da população, [...] Sem dúvida nenhuma, elas são as que mais ação tem na vida das pessoas (M2).

O reconhecimento deste papel protagonista do ACS junto à comunidade é importante para respaldar sua abordagem junto às famílias, em ações individualizadas ou coletivas. De acordo com Sperandio *et al* (2004), as ocasiões de encontro da comunidade para debater temas relacionados à ambientes saudáveis de vida são fundamentais ao permitirem um processo de reflexão para transformar as condições locais. Neste sentido, o ACS pode estabelecer um elo de ligação entre a comunidade e os demais membros da equipe de saúde da ESF, favorecendo o vínculo entre os diferentes atores sociais, conforme vimos ser sua atribuição.

A ESF pode ser levada [...] com o objetivo de ações ambientais, [...] Aí pode ser de várias maneiras, pode ser grupos, visitas, reuniões com líderes comunitários e a equipe de pensarem ações que a gente pode fazer para melhorar o meio ambiente, enfim... (E2).

Os ACS devem ser capacitados para desempenharem este trabalho. Ele é um trabalhador da saúde sem formação adequada. Os ACS foram reconhecidos como trabalhadores da saúde apenas em 2002, por meio da Lei Federal 10.507, de 10/07. Esta lei estabelece que para que possa exercer a profissão, restrita ao âmbito do SUS, ele deve residir na área em que atuará, concluir com aproveitamento o

curso de qualificação básica para formação de ACS e haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2002c).

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

b) Educação em saúde e co-responsabilidade de toda equipe de saúde

Diferentemente da categoria anterior que centrava no ACS a educação em saúde, nesta categoria os entrevistados responsabilizaram toda equipe de saúde. A organização de estratégias de educação, como a produção de material informativo, por exemplo, tem participação coletiva.

A gente espera trabalhar sobre o tema roedor, saúde pública, meio ambiente, criação de bichos e borrachudo. Trabalhar primeiro sobre isso no jornal, já informando que vai ter uma campanha, porque assim como eles cobram de nós, o povo aqui não gosta que a gente venha impondo as coisas, isso chega a dar um bloqueio (E1).

Na fala do entrevistado, as ações de educação em saúde comportam um momento inicial de sensibilização, visando reduzir eventuais resistências na comunidade. Este profissional alerta, no entanto que as campanhas informativas não são suficientes para provocar mudanças significativas, ao afirmar que

Teve uma campanha e estava funcionando bem isso do lixo, separação e tudo mais, só que para a grande maioria caiu no esquecimento (E1).

A educação popular em saúde⁴⁷ “é o campo da prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente da criação de vínculos entre a ação médica e pensar cotidiano da população” (VASCONCELOS, 1997, p. 143). A educação em saúde é instrumento fundamental para o alcance da atenção básica, tendo a dimensão da abrangência de seu conceito, conforme vimos no primeiro capítulo.

⁴⁷ Sugestão: “A **Rede de Educação Popular e Saúde** é uma articulação de profissionais de saúde, pesquisadores e lideranças de movimentos sociais que acreditam na centralidade da Educação Popular como estratégia de construção de uma sociedade mais saudável e participativa, bem como de um sistema de saúde mais democrático e adequado às condições de vida da população”. Ela mantém o site: <http://www.redepopsaude.com.br/>; no qual consta a definição acima.

No processo de trabalho da equipe de saúde, cada membro desempenha funções específicas, sendo importante certa sintonia de propósitos e de linguagem, além da qualificação sobre o tema, tendo em vista a atenção básica em saúde.

Antes de qualquer coisa a gente precisa ter a mesma linguagem, um trabalho de equipe mesmo, a partir daí estudar sobre isso, como fazer juntos e pensar, discutir juntos com as agentes que estão lá e conhecem (E5).

Sobre esta fala, é importante chamar a atenção de que partiu de um profissional que atua em uma equipe de ESF com dificuldades de ser efetivamente uma equipe. O profissional define algumas necessidades, mas também expressa pontos frágeis no seu próprio espaço de trabalho, onde a co-responsabilização da equipe de saúde não ocorre efetivamente.

De todo modo, as equipes de saúde bem articuladas, com seus participantes co-responsáveis pelo processo de trabalho, da assistência clínica às ações de educação em saúde, podem implementar ações e estratégias de forma mais organizada. A priori, a avaliação da situação inicial é facilitada e o planejamento das intervenções decididas pelo coletivo. A execução das ações e o monitoramento dos resultados têm o envolvimento de todos os membros da equipe de saúde

Sperandio *et al* (2003) se referem à constituição de redes, objetivando aproximar os atores sociais envolvidos com a implantação de ambientes saudáveis. Esta dinâmica permite clarear quais são os problemas e, a partir daí a construção de soluções pode se viabilizar no próprio grupo, co-responsabilizando os participantes, não só na equipe de saúde, mas na própria comunidade.

c) Envolvimento de outros profissionais de saúde

Esta categoria foi referida com destaque pelos entrevistados. Os enfermeiros e médicos enfatizaram que o trabalho dirigido aos problemas socioambientais precisa ter a participação dos outros profissionais de saúde ligados à gestão municipal. Os profissionais realçaram que a ESF não tem o poder de resolver todas as demandas que são atinentes ao setor público da saúde.

Ah, é possível, se tiver parceria, [...] precisaria que outros profissionais se envolvessem por que as coisas acabam ficando muito nas costas do médico, da enfermeira (E4).

A fala de E4 sintetiza a manifestação dos entrevistados, os quais assinalam certa sobrecarga de atribuições na atualidade. A proposição de desenvolverem ações voltadas à questão ambiental foi avaliada como possível, mas denota novas atribuições. Por isso, a indicação de outros parceiros aparece como relevante.

Apesar de se referirem aos outros profissionais de saúde, estes parceiros podem estar na secretaria municipal de saúde ou em outras secretarias e/ou entidades, identificando um caráter intersetorial na abordagem voltada aos problemas socioambientais.

d) Mudando a cultura referente ao ambiente

A questão cultural relativa aos problemas socioambientais também foi citada pelos entrevistados. Algumas equipes de saúde da ESF vêm desenvolvendo ações pontuais dirigidas aos problemas socioambientais. Os profissionais destas equipes manifestam a expectativa de mudar a relação das pessoas frente aos temas abordados.

O resultado que vai acontecer nós não sabemos, a idéia nossa é mudar a cultura dessas pessoas, para que eles cobrem em casa a mudança do uso, saber que dá resultado, que o resultado é melhor, inclusive mais saudável e que tenha possibilidade de mercado (M1).

Já referimos que a equipe de saúde, no trabalho com a família deve criar vínculos, o que determina a aproximação dos diferentes sujeitos envolvidos. A vinculação entre equipe de saúde e família favorece a influência mútua e, neste caso, a credibilidade para propor mudanças no modo de vida da população (TAGLIARI *et al*, 2003).

Por fim, nem todos os profissionais entrevistados têm claro quais ações poderiam ser desenvolvidas quanto aos problemas socioambientais. O entrevistado a seguir afirma “que se pode fazer de tudo” e, ao mesmo tempo, não sabe o que citar:

Sim, dá para fazer tudo o que quiser aqui dentro. Que ações? É a primeira vez que estou pensando nisso, na verdade. [...] Eu já tinha pensado em fazer alguma coisa relacionada ao trabalho [...] mas em relação especificamente relacionado ao ambiente, nunca tinha pensado nisso (M4).

Instigados a citarem livremente quais ações de rotina são possíveis, os profissionais listaram: o jornalzinho informativo, campanhas, visitas domiciliares, educação, conscientização, grupos, reuniões com líderes, trabalho de equipe, pensar e fazer juntos, bater um papo com o povo, família, capacitar os ACS e a participação de outros profissionais, além do médico e enfermeiro.

Esta lista indica a diversidade de ações que já são ou poderiam ser desenvolvidas. Efetivas ou não, indicam algumas alternativas ou propostas para trabalhar junto às comunidades.

A partir das entrevistas podemos propor quatro categorias de limites que interferem na possibilidade de realizar um trabalho efetivo voltado aos problemas socioambientais.

a) O desafio de implementar uma mudança cultural

Os entrevistados indicaram como sendo um grande desafio a cultura vigente quanto à questão ambiental. O cuidado com o meio ambiente por décadas foi relegado a um segundo plano. A sociedade priorizou o crescimento econômico por meio do uso dos recursos naturais, o que parece ter determinado uma cultura de desperdício e descarte inadequado de rejeitos que ainda se mantém, a certa proporção.

O limite seria [...] das pessoas estarem interessadas nisso, [...] No ambiente, tu vais degradando ao longo dos anos, então acho que é por isso que as pessoas não têm a conscientização sobre o ambiente. E problemas têm, e causam bastante impacto no ambiente (E4).

A afirmação deste profissional sintetiza essa linha de raciocínio, ao destacar que se trata de um contexto historicamente construído de 'não cuidado' com o meio ambiente. Mudar esta história, este modo de abordar a questão ambiental constituiu-se em desafio não somente para a equipe de saúde da ESF, mas para toda a sociedade (CAPRA, 1996; PORTILHO; LEFF; 2005).

Não é uma coisa rápida, não se consegue fazer isso rápido, não tem como chegar numa família e dizer “você vão ter que fechar o aviário” de onde eles tiram o sustento (E1).

A mudança cultural que seria fundamental acontecer enfrenta o desafio de convencer as pessoas de que muitos problemas de saúde/doença são decorrentes do manejo que elas têm com a questão ambiental. Neste sentido, a seguinte manifestação ilustra bem a situação:

O pessoal não usa as proteções quando aplica o agrotóxico. Se o próprio agricultor não notar que ele está fazendo mal para ele mesmo, se ele não nota isso, ele não vai tomar as medidas cabíveis para se cuidar. [...] Esse é um limite, que é da cultura dele, ele sempre fez assim, e é difícil mudar alguma coisa, se já vem há tempos assim, se o pai dele já fazia assim. Talvez o pai dele morreu de câncer mas ele está ali, ele está ‘bem’ (M2)”

O entrevistado demonstra a impotência frente às questões culturais envolvidas no manejo do agrotóxico. Como convencer o agricultor a se cuidar se ele não sente nada de anormal no momento da orientação? Muitos agricultores, e trabalhadores de outras áreas, não usam os EPI por que os julgam pouco confortáveis. É, portanto uma tarefa que requer persistência e com resultados a médio e longo prazos, como já destacou E1.

b) O desafio de superar a questão socioeconômica

Outra categoria que podemos propor a partir das entrevistas diz respeito à implicação da questão socioeconômica. Muitas famílias, especialmente as do meio rural, dependem do manejo dos recursos naturais para seu sustento, o que nem sempre ocorre corretamente.

Estava pensando exatamente nisso [...] não plante eucaliptos e não use agrotóxicos no fumo. Como é que eu vou falar isso? É a atividade deles, requer isso, eles não têm outra coisa para fazer (M4).

O entrevistado resume a dificuldade de orientar uma mudança de perfil da atividade econômica em benefício da saúde das pessoas, se estas não têm qualificação para essa transformação.

Às vezes o problema não é uma galinha, são 3 ou 4 aviários e daquilo a família tira a renda mensal (E1).

Além da disposição das pessoas, o poder público local deve indicar outras possibilidades de renda para as famílias, que culturalmente já estabeleceram sua forma de vida e sustento. É uma proposição extremamente conflituosa⁴⁸.

Se você vai interditar, mexer com o sustento deles tem essa resistência, [...] têm pessoas com influência política [...] e isso atrapalha. Você pode saber que aquilo é 100% necessário para defender nosso ambiente [...] Até onde as pessoas vão participar depende do que vai interferir no que é delas também (M5).

Como destaca M5, essa mudança no perfil socioeconômico deve ser acordada na sociedade local, o que depende da sua concepção de desenvolvimento. Não aprofundamos neste trabalho a discussão acerca das concepções de desenvolvimento, se sustentável ou não, por não ser objetivo da pesquisa. No entanto, acreditamos que o tema seja de grande relevância, à medida que a abordagem dos problemas socioambientais a partir dos profissionais de saúde requer discutir quais as aspirações sociais locais.

c) Um poder público que assuma sua responsabilidade

Esta categoria complementa a anterior, ao propor que construir acordos locais quanto às medidas a serem desencadeadas diminui resistências. Quando diferentes interesses estão em choque, um dos potenciais mediadores é o poder público municipal.

No entanto, na fala dos profissionais entrevistados, isso pode se constituir em dificuldade se a administração municipal não assume claramente essa atribuição.

O que trava um pouco é que [...] as pessoas cobram de nós, [...] e a administração não quer tanto assim se indispor com os municípios (E1).

A afirmação dos seguintes autores pode ser aplicada no nível municipal.

⁴⁸ Um exemplo recente no que se refere a propor mudanças na matriz econômico-produtiva é a questão do cultivo de fumo, em vias de proibição devido à Convenção Quadro, que visa reduzir o consumo de tabaco em escala global. O tabagismo tem sido apontado como o grande responsável pela elevada incidência de neoplasias malignas na atualidade. Sugerimos consulta ao documento que consta em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/cquadro.pdf>.

Há necessidade de que a sociedade civil organizada exija das autoridades governamentais a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis para superar o quadro mundial, e principalmente nacional, de profundas desigualdades e iniqüidades (Santos e Westphal 1999, pg. 77).

O gestor público é um dos principais responsáveis por dinamizar políticas públicas voltadas aos problemas sociais locais, entre os quais podem ser destacados os relativos ao acesso aos serviços de saúde, saneamento, qualidade da água, destino correto dos resíduos sólidos, entre outros problemas socioambientais.

Contudo, em determinadas situações o próprio gestor municipal pode refrear iniciativas. A equipe de saúde da ESF está vinculada à administração municipal e embora esta política apresente legislação federal que a regule, ela depende da anuência do seu empregador para desenvolver as ações pertinentes ao seu trabalho. E o empregador é a administração municipal.

A gente tem idéias, mas tu precisas às vezes do consentimento do fulano e esse consentimento não vem... [...] e daí se fica meio com as mãos amarradas (E3).

Os profissionais entrevistados afirmam que, por vezes, a administração municipal não está sensível à questão ambiental, o que limita ações voltadas aos problemas socioambientais. Nos municípios de menor porte, nos quais a maioria das proposições na área da saúde provém do gestor público, se não há sensibilidade quanto aos problemas socioambientais, significa na prática a ausência quase completa do debate sobre o tema.

A gente lida com tantos assuntos que às vezes o ambiente fica de lado por que a gente tem coisas mais urgentes, digamos assim. Claro que o ambiente também é importante, mas a gente não está focado, a consequência dele não está amanhã, a coisa é mais a longo prazo, não é como alguém que aparece com pressão alta (E4).

Esta manifestação reforça o enfoque do trabalho no atendimento aos municípios 'doentes', reduzindo ações de saúde coletiva dirigidas à promoção e prevenção. A demanda espontânea por "incêndios", ou seja, situações urgentes sem soluções devidamente construídas consomem a rotina da equipe de saúde.

Com efeito, se o gestor local de saúde não estimula o debate e a sociedade representada no Conselho de Saúde não pauta os problemas socioambientais, este possivelmente será um tema negligenciado. Neste sentido, Andrade e Barreto (2002)

destacam que a cultura política, a instabilidade local, a ausência de estrutura para o desenvolvimento de projetos, além da cultura de programas verticais impostos por outras esferas de governo têm prejudicado a evolução de projetos tais como o movimento Municípios/Cidades Saudáveis.

Tagliari *et al* (2003) acrescentam que problemas de relacionamento das equipes de saúde com os gestores podem ser freqüentes, levando à possibilidade de autoritarismo, muita cobrança com pouco retorno, o que é ocasionado por certa falta de visão, de perfil e competência do gestor. Neste sentido, estes autores defendem que as equipes devem ter autonomia, e a coordenação das equipes devem ter características relacionadas à transparência, imparcialidade, competência, garantindo a integração entre a equipe e estimulando um processo de educação permanente no espaço de trabalho.

d) Um processo de trabalho desconexo com a integralidade da atenção em saúde

A quarta categoria que podemos propor referente aos limites nas ações dirigidas aos problemas socioambientais diz respeito ao processo de trabalho das equipes de saúde da ESF estar desconectado do princípio da integralidade.

Esta afirmativa revela certa contradição entre as concepções dos entrevistados anteriormente propostas. Se naquele momento as falas indicavam concepções próximas às preconizadas no conceito ampliado da saúde, da determinação social do processo saúde/doença, a prática talvez indique o contrário.

Estamos fazendo a parte direta com o paciente. Fora isso, nós estamos trabalhando enquanto o posto está aberto. Nós não temos como medir o impacto que está dando lá na frente (M1).

O entrevistado indica uma centralização do tempo de trabalho no espaço da Unidade Sanitária, com menor inserção nas comunidades. A falta de pessoal administrativo, o excesso de trabalho clínico ao 'doente' e a própria falta de apoio do gestor para a mudança de modelo implicam num limite importante ao trabalho, como analisamos anteriormente. Esta perspectiva indica que os profissionais se percebem fora dos problemas socioambientais locais.

Bom, a base é a forma como as coisas são; o que acaba nos limitando é essa ausência de comunicação, do nosso planejamento e a demanda muito grande de atendimento aqui dentro... (longo silêncio) (E5).

A falta de planejamento das ações aparece novamente como relevante no processo de trabalho das equipes de saúde.

Os limites estão relacionados à falta de planejamento mesmo, [...] e esse é um limite (E2)

Não há como planejar em equipe se os participantes da equipe não se reúnem para estabelecer uma relação de diálogo. O trabalho com base na integralidade prevê ações de promoção, de prevenção, de assistência, reabilitação, educação em saúde e vigilância constante. Se o trabalho se centraliza na assistência tão somente, ele poderá ser efetivo nessa tarefa, mas é um trabalho incompleto, centrado na doença, não implementa a mudança de enfoque que o SUS e a ESF prevêem. Neste sentido, Gariglio e Radicchi (2004) afirmam que na busca por mudanças são necessárias estratégias que alterem o sentido do trabalho, visando garantir o acesso, o vínculo, a responsabilização dos profissionais pelos usuários e o desenvolvimento da autonomia nesses usuários.

No entanto, de acordo com Tambellini e Câmara (1998), é freqüente a resistência dos profissionais de saúde em assumirem mais responsabilidades e atividades no seu processo de trabalho, o que é derivado de problemas relacionados a questões econômicas, políticas e ideológicas.

O campo da saúde interage com diferentes áreas, onde se complementam as ações. Neste sentido, os entrevistados foram inquiridos acerca de seus possíveis parceiros para o trabalho entre setores. As respostas indicam relações estabelecidas dentro da própria esfera pública, da qual fazem parte, e com a iniciativa privada.

O prefeito de agora, [...] ele se preocupa com isso... [...] Então a gente poderia contar com o pessoal das obras, da educação, da vigilância sanitária, da agricultura, da EMATER, que a gente tem um bom relacionamento, acho que não haveria quem poderia ficar de fora se a gente fizesse um trabalho de conscientização, de conversa, que seria pelo ambiente (M5).

Tudo centraliza mais aqui e a partir daqui se busca. Agora, tem coisas que as outras secretarias detectam antes de nós, nós não temos a prepotência de dizer que tudo nós fazemos e eles não... A prefeitura acaba sendo a referência para tudo (M3).

As duas falas nomeiam o papel central da administração pública. O conjunto das falas indica outros setores da esfera pública que poderiam participar de uma política pública que abrangesse os problemas socioambientais de forma intersetorial. Se tal não ocorre é por dificuldade de articulação entre estes diferentes atores.

Então o problema maior seria esse, talvez faltasse uma liderança, alguém para puxar (E4)

Este profissional ratifica a articulação insuficiente. Para reverter essa situação alguns caminhos são indicados, conforme sintetiza o discurso:

Teria que instituir uma campanha, por exemplo, 'vamos reciclar o lixo', [...] Teria que partir do público dar uma garantia para a comunidade, [...] por que muitas vezes tu vais lá e 'ah, vamos mudar isso, ou aquilo', e eles respondem 'Mas nós? Cadê a contrapartida?'. Tem que ser do interesse também da administração. Envolver as Obras, Agricultura, EMATER, Educação, com as escolas (E4).

Quanto à esfera privada, nas pequenas comunidades do interior, eminentemente rurais, foi indicado como problema sério o movimento de emigração.

As comunidades do interior estão ficando muito pequenas, [...] o pessoal saiu de lá (E4).

Ainda assim, mesmo com esta redução na população das pequenas localidades, esse enfermeiro afirma

Que daria para contar com os líderes de comunidades, clubes de mães, que é uma coisa que a gente conta muito com elas para fazer alguma coisa (E4)

Os enfermeiros citaram várias entidades como potenciais parceiras no desenvolvimento de ações intersetoriais, tais como o *sindicato dos trabalhadores rurais*, o *comércio*, *líderes comunitários*, *Clubes de Mães*, e *Grupos Melhor Idade*. Os médicos apresentaram mais dificuldades nesta indicação. Isto pode ser decorrência da maior interação dos enfermeiros com a sociedade, por meio do trabalho dos ACS. Por outro lado, a formação tradicional, voltada para a clínica “empurra” o médico para dentro do consultório/clínica ou hospital. Em todo caso, estas entidades são reconhecidas como imbuídas de poder para efetivamente se envolverem em ações relacionadas a problemas socioambientais. No poder público/administração municipal foram citadas a *EMATER*, as secretarias de *Obras*, *Educação*, *Meio Ambiente*, *Agricultura*, *Assistência Social*, *Brigada Militar* e *Conselho Tutelar*.

Quanto às perspectivas dos profissionais entrevistados, sobre a atuação relacionada aos problemas socioambientais, elas oscilam do pessimismo ao otimismo, da valorização das barreiras ao reconhecimento de que está em curso um movimento de mudança.

O pessimismo se concentra em uma fala, onde o profissional médico apresentou-se pensativo, e ao final afirmou que

Quanto a possibilidades [silêncio]... Eu pensei muito em vários casos só que eu sei que pelo menos por enquanto não vejo muita luz (E5).

Não é uma fala que predomina no conjunto de respostas, pelo contrário, a tendência que se entrevê é de reconhecer que há condições de implementar um novo foco no trabalho e assim participar das mudanças necessárias. A mudança cultural que advém desta perspectiva está desencadeada, tanto que o tema é corrente na mídia. A sociedade, por conseqüência, está mais sensível à questão ambiental. Ao mesmo tempo, os entrevistados reconhecem que a sociedade está mais organizada e este movimento desencadeia maior participação das pessoas, por meio de associações de bairros, por exemplo.

Isso certamente ajudaria muito. O PSF poderia ajudar nisso. Isso já passou pela cabeça da gente, da equipe, mas parece um momento distante (M3).

Outro entrevistado destaca que a questão socioeconômica é central nesse processo de mudanças, cabendo ao poder público e à sociedade encontrar meios de transformar a organização social e econômica ao encontro de uma relação com o ambiente mais harmônica e sustentável.

E a oportunidade é de alguém dar a partida inicial e de procurar os segmentos para fazer o planejamento destas ações. Acho que seria interessante que isso partisse da ESF [...] para discutir ações relacionadas ao meio ambiente para a comunidade (E2).

Com o tempo acredito que vá melhorar até por que hoje em dia, até por meio da TV e do rádio, se difunde mais essas idéias e paulatinamente vai se resolver isso da parte ambiental (M2).

Os profissionais entrevistados manifestam uma concepção otimista, que é respaldada pela crença destes que os cidadãos são pessoas conscientes e que podem exercer um papel de destaque na contraposição aos problemas socioambientais. No entanto, M3 sintetiza a dimensão do desafio, qual é de estimular a participação da sociedade no controle social do campo da saúde.

Se nós pudéssemos fazer com que a população participasse na hora de fazer o pedido da medicação [...] será que tudo isso é necessário? [...] Não ficar com a idéia de ficar na dependência da prefeitura, [...]... É lógico que isso criaria um controle interno dentro da comunidade, um controle social. Se houvesse uma maior organização comunitária e eles participassem disso eu acho que haveria muito menos manipulação política e eles teriam um controle maior das coisas, talvez se organizassem melhor na distribuição do dinheiro para se comprar as coisas... (M3).

Como nos indica o 'desabafo' de M3, a própria população, em muitos momentos, não tem consciência suficiente para reconhecer a importância de sua participação nas políticas públicas de saúde. Essa falta de consciência abre o caminho para a manipulação política e a corrupção. O envolvimento de diferentes atores sociais constitui um instrumento para a ESF, mas ele depende da mobilização desses atores.

As estratégias-chave para promover saúde incluem o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (ANDRADE e BARRETO, 2002, p.157).

Com amparo da citação destes autores, a própria equipe deve reconhecer o potencial de trabalho que representam. Trabalhando com resolutividade, qualidade, a busca ativa pelas pessoas em situações de risco, e ação voltada à cidadania e necessidades da comunidade, ou seja, a aplicação prática da integralidade (TAGLIARI *et al*, 2003). Estes autores destacam que cada profissional carrega um conjunto de conhecimentos que não podem estar desconexos da equipe, devem ser complementares nas ações individuais específicas do núcleo de trabalho de cada profissão.

Encerramos assim o capítulo 4, analisando as perspectivas dos enfermeiros e médicos da ESF em relação aos problemas socioambientais. Perspectivas têm a ver com esperança e sobre ela buscamos inspiração em Paulo Freire:

A esperança faz parte da natureza humana. Seria uma contradição se, inacabado e consciente do inacabamento, primeiro, o ser humano não se inscrevesse ou não se achasse predisposto a participar de um movimento constante de busca e, segundo, se buscasse sem esperança. A esperança é uma espécie de ímpeto natural possível e necessário, a desesperança é o aborto deste ímpeto. A esperança é um condimento indispensável à experiência histórica. Sem ela, não haveria História, mas puro determinismo. Só há História onde há tempo problematizado e não pré-datado. A inexorabilidade do futuro é a negação da História (PAULO FREIRE, 2002, p. 80/81).

5 REFLEXÕES SOBRE AS CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS

5.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O SEU IMPACTO NAS CONDIÇÕES GERAIS DE VIDA DA POPULAÇÃO

Mendes (1999) afirma que a atenção primária em saúde conforme proposta na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (1978) realizada em Alma-Ata, entendida como estratégia, significou

Apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema de saúde para satisfazer às necessidades e aspirações, na área sanitária, de toda a sociedade, devidamente hierarquizadas em função dos requisitos da SPT 2000⁴⁹ (MENDES, 1999, p. 271).

Esta concepção vai de encontro ao modelo hegemônico médico-assistencial, delimitando as práticas dos profissionais da saúde no campo social, numa interação complexa de aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Este autor alerta que a definição de atenção primária tem algumas variantes, sendo que nos países do terceiro mundo ela abarca a proposta político-ideológica da atenção primária seletiva de saúde, destinada às populações pobres, com a oferta de uma “cesta básica”, de baixo custo e pouca tecnologia, com profissionais de baixa qualificação (MENDES, 1999). Acrescenta que nesta versão da atenção primária ela se constitui um programa destinado aos “subcidadãos de regiões de segunda categoria” (p.272). Mas, define que no Brasil, a partir do SUS, esta concepção não tem espaço.

Um sistema de saúde que adota os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade da atenção no pode aceitar a interpretação da atenção primária como programa porque isso significa a

⁴⁹ SPT 2000 – Saúde para todos no ano 2000. Meta lançada na Assembléia Mundial de Saúde de 1979.

negação de todos esses referenciais doutrinários pela institucionalização do tratamento discriminatório dos excluídos (MENDES, 1999, p. 272).

Recorremos a Mendes (1999), pois seguindo seu enunciado, se refere ao Programa de Saúde da Família⁵⁰ como estratégia, dada a forma como é proposto no Brasil. E, neste contexto, define a estratégica conforme segue:

A saúde da família, como estratégia de organização da atenção primária, deseja criar, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolutividade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde (MENDES, 1999, p. 275/276).

Esta descrição caracteriza a ESF, delimita seu campo, indica seu papel e seu foco de interesse, qual é a saúde da população, embasada nos princípios do SUS. É desta concepção de saúde, como produção social, e da ESF, como protagonista na saúde pública e saúde coletiva que partimos nesta reflexão.

Mendes (1999) avalia os princípios organizativos da ESF, quais são: o impacto, a orientação por problemas, a intersetorialidade, o planejamento e programação local, a hierarquização, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a adesão, a co-responsabilidade, a humanização, a heterogeneidade e a realidade. A aplicação destes princípios na ESF, em tese, significa incidir na realidade de vida das pessoas residentes no território em que a equipe de saúde atua. É este o grande desafio desta política pública: incidir positivamente na vida das pessoas. E, por positivamente, entendemos resgatar a “saúde da condição de mercadoria, e a eleva à dignidade de direito e de cidadania, além de concebê-la de forma ampla, como vinculada às condições gerais de vida, trabalho e cultura” (CAPISTRANO FILHO, 1995, p.23).

Retomamos alguns pontos do capítulo 4 com intuito de sintetizar nossas interpretações a partir do conteúdo das falas de enfermeiros e médicos nas entrevistas realizadas. As concepções destes profissionais implicam no seu

⁵⁰ As referências em questão são de 1999, ano em que a ESF ainda era nomeada de Programa de Saúde da Família.

processo de trabalho e no impacto de suas práticas profissionais sobre as condições de vida da população.

Por impacto devem entender-se as mudanças, quantitativas e qualitativas, no estado atual e futuro da saúde da população que possam ser atribuídos aos serviços de saúde (MENDES, 1999, p. 276)

A relação saúde e ambiente e os problemas socioambientais que incidem na realidade da equipe de saúde da ESF são aspectos no trabalho destes profissionais. E, neste contexto, buscamos refletir sobre estas inter-relações e seu impacto na qualidade de vida.

a) Concepções sobre o processo saúde-doença

Os enfermeiros e médicos entrevistados concebem saúde e doença como partes de um processo, referindo ser determinada socialmente, por meio do acesso ou não aos condicionantes, tal qual inscrito no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Constituição Federal de 1988 e Lei 8080/90.

Identificamos as concepções **2a - a saúde é determinada socialmente** e **2b - a doença como repercussão multifatorial**, que são complementares e conjuntas caracterizam o processo saúde-doença. Estas concepções vão ao encontro do modelo da produção social da saúde, identificando um conceito ampliado de saúde. No entanto, também foi possível identificar as concepções **1a: a saúde é determinada pelo equilíbrio fisiológico e psicológico do indivíduo** e **1b: a doença é um mal estar físico, mental e social**, nas quais as falas centralizam seu olhar focado no sujeito. Estas concepções indicam uma tendência em direção ao modelo flexneriano/biomédico, médico-centrada.

A partir das falas dos entrevistados, as concepções **2a** e **2b** foram referidas como principais, enquanto que **1a** e **1b** são secundárias, ao que inferimos que estes profissionais tendem a estar “ajustados” ao que prevêem as normas da ESF. Esta tendência está de acordo com as mudanças implementadas a partir da implantação do SUS.

O SUS desencadeou mudanças profundas no Brasil. Isto significou uma reordenação do quadro da assistência à saúde, pelo menos na dimensão pública. Na tabela 2 identificamos os problemas do sistema de saúde pré-SUS e as medidas propostas na década de 1980, das quais a maioria foi incorporada ao novo sistema de saúde.

Tabela 4: Problemas do Sistema de Saúde do Brasil, segundo seus principais componentes e medidas propostas pela reforma sanitária.

Componentes do Sistema de Saúde	Problemas do Sistema de Saúde	Medidas Propostas pela Reforma Sanitária
Modelo de atenção	Desigualdade no acesso aos serviços de saúde Inadequação dos serviços às necessidades Qualidade insatisfatória dos serviços Ausência de integralidade	Reconhecimento da saúde como um direito do cidadão Universalização e equidade Continuidade e melhoria da qualidade dos serviços Integralidade da atenção
Organização dos recursos	Baixa produtividade Crescimento dos custos Formas de produção e de remuneração dos serviços diversificadas Multiplicidade e descoordenação das instituições	Descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços Controle público do setor privado (contrato por direito público) Implementação do SUS
Gestão	Centralização do processo decisório	Definição de atribuições por nível de governo Participação da comunidade
Financiamento	Estruturas inadequadas de financiamento	Orçamento social Fundo único da saúde Mínimo de 15% das receitas públicas
Infra-estrutura	Insuficiência de recursos	Políticas de recursos humanos (isonomia, educação continuada, carreira

Componentes do Sistema de Saúde	Problemas do Sistema de Saúde	Medidas Propostas pela Reforma Sanitária
		e estabilidade no emprego) Produção de imunobiológicos Política científica e tecnológica

Fonte: adaptado de Paim (1999b).

Como mostra tabela 4 as mudanças que ocorreram na concepção de saúde e doença são centrais na crise paradigmática do modelo médico-centrado. O novo paradigma da produção social da saúde, a reforma sanitária, o SUS, a atenção primária em saúde, a atenção básica em saúde, a integralidade são derivados desta crise.

A década de 1970 principiou a crise, fruto da ineficácia de assistência de saúde de então, sendo necessários cada vez mais recursos para manter o sistema, que é injusto na distribuição de seus avanços e não melhora a qualidade dos serviços de saúde (SILVA JUNIOR, 2006).

b) Concepções sobre as condições de vida da população assistida pela ESF

Quanto às condições de vida da população atendida pela ESF, as respostas foram dicotômicas, entre as concepções **3a: o trabalho em excesso adocece as pessoas** e **3b: a falta de ocupação é causa de doenças**. Esta dicotomia, no entanto, chama a atenção quanto à centralidade das respostas relacionando as condições gerais de vida ao **trabalho**.

Não foi intenção de este estudo investigar as concepções de trabalho dos profissionais da ESF. Mas, se considerarmos as manifestações dos enfermeiros e médicos, nos pareceu que trabalho se relaciona com o ganho material, o acesso aos bens de consumo, portanto uma relação capital/trabalho, numa perspectiva marxista, de entrechoque entre o trabalhador e o capital (MENDES e DIAS, 1999).

A respeito de produção e consumo, Portilho (2005) avalia o deslocamento do foco da produção para o consumo, ao longo do século XX, criando uma gama de necessidades sociais que põem em risco a sustentabilidade social. A autora menciona a emergência da “sociedade de consumo”, entendida “como uma ideologia e utopia pautada na abundância, adquiriu um *status* natural, universal e eterna...” (p.68). Esta autora realça que a preocupação com o consumo, enquanto elemento de pressão sobre o ambiente entrou na pauta de discussões na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992), no Rio de Janeiro. Barbieri (2000) analisa que a Agenda 21, proposta neste evento, em seu capítulo 4 se reporta às mudanças nos padrões de consumo, tendo em vista que são estas causas de deterioração ambiental, onde são propostas estratégias:

Estimular o uso mais eficiente da energia e dos recursos; reduzir os resíduos ao mínimo, estimulando a reciclagem, a redução do desperdício na embalagem dos produtos e a introdução de novos produtos ambientalmente saudáveis; usar o poder de compra dos governos para estimular padrões de consumo e produção ambientalmente saudáveis; estabelecer políticas de preços que incorporem os custos ambientais (impostos e encargos, sistemas de depósito/restituição etc.) fornecendo indicações aos consumidores e produtores sobre estes custos; reforço aos valores que apóiam o consumo responsável através da educação, de programas de esclarecimento público, publicidade de produtos ambientalmente saudáveis (BARBIERI, 2000, p. 94).

A questão ambiental, relacionada ao consumo e produção, é uma discussão fundamental na atualidade, tendo em vista o exposto e as implicações sobre a qualidade de vida do ser humano, numa visão antropocêntrica, e sobre a vida em geral, num olhar ecossistêmico (CAPRA 1996, 2005). Conforme indicam Portilho (2005), Barbieri (2000), Akermann (2005), Freitas e Porto (2006), Franco (2002), entre muitos outros, o impacto da ação do homem sobre o ambiente, em nome do desenvolvimento para o seu conforto material, representa grande risco à sobrevivência da espécie humana no planeta Terra.

Neste contexto, ante a pergunta sobre como as pessoas vivem e que problemas têm no seu cotidiano, e as respostas se relacionem às condições de trabalho e, de outro lado, praticamente não se reportam às condições ambientais, tais como a qualidade do ar, da habitação, acesso a água, ao saneamento, ao recolhimento de resíduos sólidos, por exemplo. No entanto, como veremos a seguir, na seqüência da entrevista as respostas indicam que os profissionais de saúde têm conhecimento do impacto das condições ambientais na saúde humana.

c) Concepções sobre a relação Saúde e Ambiente e sua influência no processo saúde-doença.

Quanto à relação entre **saúde e ambiente** e a sua influência no processo saúde-doença, as respostas podem ser agrupadas em duas categorias: **4a: saúde e ambiente interagem e interferem no processo saúde-doença** e **4b: saúde e ambiente são áreas afins no processo de trabalho em saúde.**

As duas categorias conjugadas nos indicam que na concepção dos enfermeiros e médicos **saúde e ambiente** de fato se relacionam, se influenciam mutuamente, sendo causa do aparecimento de enfermidades no ser humano e, neste sentido, devem ser foco do trabalho em saúde, não apenas sobre esta enfermidade, mas num enfoque ecossistêmico, conforme proposto por Minayo (2002b).

O processo de trabalho da equipe de saúde da ESF orientado na atenção primária em saúde/atenção básica em saúde (MENDES, 1999; BRASIL, 2007a) pode representar uma ação efetiva relacionada aos problemas socioambientais.

d) Concepções sobre o envolvimento da população quanto aos problemas socioambientais

A ESF é organizada com base territorial, onde os profissionais se responsabilizarão pela atenção em saúde de determinado número de famílias. A partir desta circunstância a equipe de saúde deve estabelecer certo vínculo com estas famílias, uma proximidade física e social (Mendes, 1999) com as pessoas adscritas a este território. Neste sentido, os enfermeiros e médicos têm a oportunidade de conhecer com alguma profundidade as pessoas com as quais convivem.

Deste modo, nas entrevistas os profissionais manifestaram três entendimentos diferentes sobre o envolvimento das pessoas com os problemas

socioambientais que incidem no território de abrangência da ESF. Estes entendimentos foram categorizados segundo três concepções: [1] **5a: as pessoas se envolvem pouco, não contribuem**; [2] **a maioria das pessoas se envolve até certo ponto** e [3] **5c: as pessoas se envolvem e cobram ações**.

Estas concepções dos profissionais indicam uma visão na qual a população não é homogênea no que se refere ao seu comportamento frente à questão ambiental. Percebemos que os profissionais identificam distintas formas de agir das pessoas, segundo sua individualidade, a qual é construída por sua trajetória de vida e seu acúmulo cultural

Os profissionais indicaram algumas ações que vêm desenvolvendo para *trabalhar essa questão da conscientização (E2)*, mesmo que nos atendimentos individualizados. Mendes (1999) se refere à heterogeneidade da população, onde cada família “configurar-se-á, no seu território, em determinado tempo, como uma realidade permanente em constante construção” (p. 280). Podemos inferir que este enunciado se aplica a cada sujeito, visto que estamos em interação contínua com o ambiente externo, sendo influenciados e influenciando sobre ele.

Se entendermos esta relação complexa, construída historicamente a partir das vivências individuais, podemos compreender melhor a falta de envolvimento de parte da população frente aos problemas do cotidiano. Demo (1999) se refere à exclusão social como um dos elementos que inibem a emancipação dos sujeitos, o que reforça o poder do Estado, enquanto órgão providente.

Freire (1983) se refere à condição do homem estar no mundo num estado de imersão, adaptado a ele, sem consciência sobre a sociedade em que vive ou, de outra forma, ser um sujeito ativo, consciente de seu papel social, crítico, participante, transformador do momento histórico em que está inserido. Este autor se refere à concepção de engajamento, compreendendo-o como

O compromisso, próprio da existência humana, só existe no engajamento com a realidade, de cujas “águas” os homens verdadeiramente comprometidos ficam “molhados”, ensopados. Somente assim o compromisso é verdadeiro (FREIRE, 1983, p. 19).

Entendemos o envolvimento das pessoas como seu engajamento frente à sua realidade de vida. Segundo os entrevistados, muitas pessoas não têm

consciência da importância de lidar com os problemas socioambientais locais. Esta passividade Freire (1983) nomeia de consciência intransitiva, na qual os sujeitos apreendem os fatos, os quais são atribuídos ao destino e pouca ação desperta.

A educação em saúde é um instrumento para ampliar a participação das pessoas frente aos problemas relacionados à sua condição de vida. No entanto, a educação não deve ser uma transferência vertical de conhecimentos, mas deve objetivar a autonomia dos sujeitos, mediante práticas educativas que tenham significância para a população (FREIRE, 1983, 2002).

e) Concepções sobre planejamento no âmbito da ESF

As entrevistas com os enfermeiros e médicos averiguaram a concepção sobre o planejamento das ações e serviços da ESF. Este questionamento objetivou identificar nas equipes de saúde as eventuais dificuldades quanto à análise das condições de vida da população e, por conseqüência, no desenvolvimento de estratégias reativas aos problemas constatados. As respostas indicaram duas concepções acerca do planejamento: [1] **6a: Processo de trabalho sem planejamento** e [2] **6b: Planejar as ações é rotina na equipe de saúde.**

Destas duas concepções, discutidas no capítulo 4, destacamos a dicotomia existente quando à organização da ESF. Enquanto algumas equipes conseguem se organizar em torno da realização periódica de reuniões sistematizadas e objetivas, outras equipes não conseguem estabelecer esta rotina, havendo ainda equipes que sequer se reúnem.

Os relatos indicam a relação direta entre a co-responsabilização dos membros da equipe e a realização das reuniões pautando a análise da situação de saúde e o planejamento. Por outro lado, nas equipes onde estes momentos de encontro não ocorrem, a coesão é menor ou inexistente. Concluímos que, neste ambiente, o modelo médico-centrado, focado no indivíduo doente, por demanda espontânea é hegemônica.

f) As concepções de enfermeiros e médicos e sua influência sobre possíveis ações dirigidas aos problemas socioambientais

Neste capítulo vimos retomando as concepções dos enfermeiros e médicos da ESF entrevistados neste estudo. Averiguamos as concepções sobre: [1] saúde; [2] doença; [3] condições de vida das pessoas assistidas pela ESF; [4] a relação saúde e ambiente; [5] o envolvimento da população quanto aos problemas socioambientais e [6] o planejamento no âmbito da ESF.

Estas concepções indicam algumas características sobre os profissionais em questão que talvez nos permitam refletir sobre sua influência na abordagem às questões ambientais no processo de trabalho da equipe de saúde. No capítulo 4 (item 4.3) foram identificados alguns problemas socioambientais que têm sido abordados pela ESF e suas repercussões sobre as pessoas moradoras no território coberto pelas equipes de saúde, conforme relatos dos entrevistados.

Ao final daquele ponto levantamos alguns questionamentos, que reproduzimos: *o que os profissionais, enfermeiros e médicos, fazem com este conhecimento? Ele tem impulsionado ações junto à população para diminuí-los ou eliminá-los? Se elas ocorrem, elas têm sido eficazes?*

No item [4.5] do capítulo 4 nos reportamos aos **limites e possibilidades da ESF em saúde e ambiente**. Naquele momento dissertamos sobre várias possibilidades de ações relacionadas aos problemas socioambientais. A educação em saúde, o engajamento de outros profissionais da saúde e as mudanças culturais foram apontadas como possibilidades.

Quanto a limites, os entrevistados indicaram como entraves: a questão cultural, a socioeconômica, a responsabilização do poder público e a dinâmica de funcionamento da equipe de saúde, algumas vezes pouco coesas e sem apoio efetivo do gestor público. Estes profissionais, na sua rotina de trabalho centralizam suas ações na assistência médico-centrada, preferencialmente. Nas entrevistas constaram ações relacionadas à atenção primária em saúde, atividades coletivas, incursões nas comunidades, mas, majoritariamente as falas informam um período

maior restrito às unidades sanitárias onde o tempo é dividido entre atendimentos individuais, atividades burocráticas e ações coletivas.

Mendes (1999) afirma que o princípio da integralidade aplicado à ESF implica

Reconhecer que os serviços de atenção primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, providas de forma integrada, por meio da vigilância da saúde, e que as intervenções da saúde da família conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com o ambiente natural e social (MENDES, 1999, p. 278).

A promoção em saúde é destacada na Carta de Ottawa (OPAS, 2008):

Promoção em saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar as aspirações, satisfazer as necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção em saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OPAS, 2008, p.01).

Neste contexto, percebemos que, apesar das concepções dos profissionais convergirem ao apregoado pelo SUS, os relatos sobre suas práticas profissionais indica que ainda não conseguem ampliar o foco de sua atuação. A integralidade, a promoção da saúde e as ações preventivas de doenças e agravos não têm a amplitude esperada para esta política pública.

Os profissionais entrevistados indicaram uma série de possíveis parceiros, tanto na administração pública quanto na iniciativa privada, os quais poderiam desenvolver ações conjuntas com a ESF. Alguns desses atores sociais, inclusive, vêm atuando em ações relacionadas aos problemas socioambientais, como foi referido. Mendes (1999) refere que

Os problemas de saúde, por serem complexos e mal definidos, convocam, para sua solução, outros setores, fora do âmbito dos serviços de saúde. Assim, a saúde da família deve trabalhar em estreita articulação com outros setores para que possa enfrentar, adequadamente, os problemas (MENDES, 1999, p. 277).

A intersetorialidade se impõe como fundamental ante a complexidade dos problemas que ocorrem nas estruturas urbanas modernas. Diferentes setores articulados, compartilhando saberes e práticas tendem a alcançar os objetivos que

dinamizaram a aproximação, (CAMPOS, 2000; ANDRADE, 2006). Estes autores propõem um desenho esquemático que articula práticas e saberes intersetoriais relacionados à cultura, à saúde, ao esporte, ao meio ambiente, à ação social, educação, obras e urbanismo, cada qual com suas contribuições.

Se as concepções que emergiram dos relatos indicam um presumível preparo para a prática profissional intersetorial e focada na integralidade, embasada numa concepção ampliada de saúde, entendida como produção social, como podemos inferir a partir do discurso dos entrevistados, quais as dificuldades para efetivá-la?

Medeiros *et al* (2007), em estudo sobre a rotatividade de enfermeiros e médicos nas equipes da ESF na região da 16ª CRS, identificaram como causas dessa rotatividade o estilo de gestão, o processo de trabalho das equipes, a influência político-partidária, o regime de trabalho e remuneração, as condições de trabalho, a conciliação entre a vida profissional e pessoal, as oportunidades de mercado, o vínculo com a comunidade e a formação e perfil dos profissionais.

A questão da formação e perfil é central na construção das concepções dos profissionais de saúde, pois é no ambiente acadêmico que o estudante tem o primeiro contato com a profissão e a forma como isso ocorre é determinante da prática profissional posterior (VASCONCELOS, 2006a). Na pesquisa mencionada, os profissionais afirmam que sua formação apresentou fragilidades quanto ao preparo para atuarem na ESF, o que interfere na estruturação das equipes e no processo de trabalho. Além disso, o modelo de formação tradicional, fragmentada em disciplinas desconexas, dificulta a integração interdisciplinar e o vínculo com a comunidade (MEDEIROS *et al*, 2007), o que percebemos também nas entrevistas realizadas.

5.2 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, SUA FORMAÇÃO E SUAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

No capítulo 3 abordamos sucintamente a questão da formação profissional, tradicionalmente centrada no modelo proposto por Abraham Flexner e as mudanças advindas na necessidade de adaptar-se ao paradigma da produção social da saúde (Mendes, 1999). No capítulo 4, analisamos a abordagem dos problemas socioambientais na formação acadêmica dos profissionais de saúde e constatamos a sua quase ausência nos currículos acadêmicos.

Agora, a partir dos dados coletados, podemos retomar este ponto, aprofundando-o, tendo em vista sua relevância para o enfrentamento dos problemas socioambientais por parte da equipe de saúde da ESF.

Vivemos numa sociedade fragmentada, focada na especialização das práticas profissionais e, ao mesmo tempo, a tecnologia nos aproxima de uma forma jamais vista (BARBOSA *et al*, 2004; CAPRA, 2005a). Estes autores acrescentam que na atualidade a sociedade vive problemas agravados pelo processo científico-tecnológico, tais como o crescimento demográfico, a migração de empregos e do capital, a contaminação do meio ambiente, com alterações em todo planeta, entre outros. Segundo Schön (2000), neste contexto, os profissionais argumentam que é impossível atender todas as demandas sociais em um ambiente que combina turbulência crescente com regulamentação cada vez maior da atividade profissional. Este autor acrescenta que vivemos uma crise de confiança no conhecimento, na medida em que os profissionais não são capazes de reconhecer ou responder aos conflitos de valores da atualidade, quando violam seus próprios padrões éticos ou ficam aquém das suas próprias expectativas, parecendo cegos para os problemas públicos que eles mesmos ajudaram a criar (p.18).

Nesta concepção, o mecanicismo de Descartes serviu bem aos propósitos de desenvolvimento tecnológico da modernidade, o qual culminou em grande progresso científico. No entanto, tendo em vista o acúmulo do conhecimento atual torna-se necessário revisar esta visão reducionista, em função das novas perspectivas e desafios propostos à ciência globalizada (GONÇALVES; GUTIÉRREZ e PRADO 1999; CAPRA, 2005a, 2005b).

Artmann (2001) contextualiza duas tendências contraditórias no campo da formação profissional. De um lado, a super-especialização, embasada no avanço científico-tecnológico, o qual tem levado a fragmentação do saber. Nas universidades e centros de pesquisa multiplicam-se as disciplinas, as quais expressam explicações cada vez mais especializadas e parciais da realidade. No outro pólo, o reconhecimento de parte dos cientistas, pesquisadores, intelectuais e profissionais das mais diversas áreas sobre a necessidade de atravessarmos as estreitas fronteiras disciplinares e construirmos um diálogo interdisciplinar para superar os efeitos da fragmentação.

Morin (2004) acrescenta que

Há inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas e, por outro lado, realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários (MORIN, 2004, p.13).

Freire (1983) nomeia este modelo de “educação bancária”, na qual o educador executa o papel de agente transmissor de informações e conhecimentos aos educandos, sendo reduzidos os espaços para a discussão, a reflexão. O termo bancário advém da idéia de depositar, transferir conhecimentos de um que sabe para outro que não sabe.

Este modelo educacional se refletiu também na formação em saúde, no início de século XX, a partir do trabalho de Flexner, nos Estados Unidos. O mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo são as características deste modelo (Mendes, 1999). Segundo este autor

Toda ênfase flexneriana está nos aspectos curativos porque prestigiar Diagnóstico e terapêutica são, no plano do conhecimento, prestigiar o processo fisiopatológico em detrimento da causa e, à medida que este conhecimento for o preponderante, ele impregna a prática em todos os seus níveis, provocando um fenômeno de desdeterminação e, ao inverso, de fisiopatologização (MENDES, 1999, p. 237).

Este modelo de formação em saúde, ainda preponderante na universidade brasileira, é inadequado, pois não prepara adequadamente os formandos⁵¹ para

⁵¹ Sugestão de leitura: O livro “Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde”, organizado por Eymard M. Vasconcelos, Lia H. Frota e Eduardo Simon, traz 53 textos de

abordar a complexidade dos problemas relacionados ao processo saúde-doença (VASCONCELOS, 2006a). Schön (2000) manifesta a mesma opinião, afirmando preocupação quanto à discrepância entre a concepção de conhecimento profissional dominante nas escolas e as competências reais exigidas dos profissionais em seu campo de aplicação.

A partir desta discussão, entendemos como fundamental o desenvolvimento de outras alternativas de formação acadêmica, numa perspectiva ampliada, aproximando os diferentes saberes, no contexto da educação libertadora, conforme Freire (2002), quando afirma ser a educação uma forma de intervir no mundo, problematizando-o e construindo o conhecimento na interação permanente dos sujeitos. Neste sentido, Schön (2000) expõe que há uma arte da sistematização de problemas, uma arte de implementação e uma arte da improvisação – todas necessárias para medir o uso, na prática, da ciência aplicada e da técnica.

Barbosa *et al* (2004) indicam a interdisciplinaridade como instrumento efetivo na integração das diferentes disciplinas no nível acadêmico, e como tal

Se expressa em romper com velhos paradigmas, em acreditar no novo, em conceber a hipótese de que o aprendiz é possuidor de um espectro de competências ávidas a serem desenvolvidas, e que apenas ministrar plenamente um determinado conteúdo não garantirá os estímulos, as ações, as vivências, a integração social e todos os demais fatores essenciais à construção do conhecimento (BARBOSA *et al*, 2004,p.60).

Neste contexto, Morin (2004a, 2004b, 2005) se refere à articulação dos diferentes saberes como indutor de um novo olhar sobre o conhecimento e a percepção de mundo, identificando a sua complexidade. Este autor nomeou esta articulação de transdisciplinaridade, a qual atravessa diferentes conhecimentos, estabelecendo um diálogo de saberes que em conjunto levam ao crescimento mútuo. Morin (2005) acrescenta que a interdisciplinaridade se aplica num contexto mais restrito, pois a “interdisciplinaridade controla tanto as disciplinas quanto a ONU controla as nações [...] cada disciplina pretende primeiro reconhecer a sua soberania territorial e, desse modo, confirmar as fronteiras em vez de desmoroná-las” (p.52).

acadêmicos com histórias colhidas em sua trajetória na Universidade, destacando a inadequação de uma formação tradicional bancária e desumanizada. Aponta a extensão universitária como um dos instrumentos fundamentais para a mudança no perfil profissional.

Fleuri (2006) afirma que na atualidade a formação profissional vem problematizando as suas práticas de formação, a partir das relações de poder inerentes ao processo pedagógico e à crise da própria ciência moderna (p. 236). Este autor acrescenta que o sistema formal de ensino, numa perspectiva de transmissão de conhecimentos, privilegia a formação intelectual e racional dos alunos, desprovendo-os de outros atributos relacionados à percepção da complexidade cotidiana da vida das pessoas.

Neste sentido, Schön (2000) manifesta que o processo de formação deve propiciar ao educando o que nomeia de “*talento artístico profissional*”, o qual representa um conjunto de competências para certas situações da prática que são únicas, incertas e conflituosas.

Carvalho e Ceccin (2006) destacam a saúde coletiva como campo de reflexão sobre a formação e a educação em saúde, definindo-as como

Instâncias pedagógicas que propiciam processos coletivos de auto-análise e autogestão, de modo que se ative a capacidade criativa e de intervenção nas situações vividas pelos participantes (docentes, estudantes, profissionais e usuários) (CARVALHO e CECCIN, 2006, p. 143).

Trata-se, portanto de, no âmbito da formação acadêmica e posteriormente no mundo do trabalho, desenvolver a capacidade de avaliar criticamente sua atuação individual e inserida no contexto interdisciplinar e, além, a sua interação com o usuário dos serviços de saúde e/ou mediadores da sociedade no exercício do controle social (Carvalho e Ceccin, 2006). Esta capacidade, no entender de Schön (2000), representa um processo dinâmico que nomeia de “conhecer-na-ação”, entendido como as capacidades inteligentes que o profissional revela, aliada a “reflexão-na-ação”. A reflexão-na-ação tem uma função crítica, onde questionamos a estrutura dos pressupostos, ou seja, a partir da reflexão podemos redirecionar nossos atos, desenvolver novas ações, tendo em vista alcançar melhores resultados (SCHON, 2000).

No capítulo 2 apresentamos dois conceitos para o princípio da integralidade. Reproduzimos aquele que consta no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p.10), o qual se refere a implantação dos pólos de educação permanente em saúde, em nível nacional:

A integralidade da atenção em saúde envolve: (a) o conceito ampliado de saúde; (b) a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais; (c) o conhecimento sobre a realidade; (d) o trabalho em equipe multiprofissional; (e) a ação intersetorial; (f) o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária

A análise desta concepção de integralidade reafirma a necessidade da formação de um profissional humanista, crítico, reflexivo e competente do ponto de vista técnico, conforme consta nas diretrizes curriculares dos cursos de Enfermagem e Medicina, abordados anteriormente.

A formação acadêmica focada na integralidade pressupõe atuarmos na promoção da saúde, na prevenção de enfermidades e agravos, na assistência ao doente, na sua reabilitação, na vigilância permanente dos determinantes do processo saúde-doença e na educação em saúde, numa concepção libertadora. Uma pedagogia que desenvolva uma reflexão dinâmica e emocional no profissional em formação (VASCONCELOS, 2006a). Este autor destaca, no entanto, que o ensino nesta perspectiva tem resistências conservadoras no âmbito da academia, pois além dos professores

Estudantes, acostumados com o ensino vertical tradicional, tendem a ficar incomodados com a aparente improdutividade de aulas em que não se percebe claramente o volume dos conhecimentos teóricos repassados (VASCONCELOS, 2006a, p.277).

Vasconcelos (2006a) se refere a uma pedagogia problematizadora no âmbito acadêmico, tendo em vista uma formação baseada na interdisciplinaridade e no princípio da integralidade.

Se a ciência tende a estudar cada problema de forma disciplinar e especializada, o paciente, sua família e os movimentos sociais demandam uma atenção integral. Em cada pequeno fato social e sanitário está presente a complexidade da vida e as suas múltiplas dimensões. A assistência integral se constrói principalmente através do pôr a ação terapêutica subordinada às demandas globais dos pacientes, seus familiares e seus movimentos sociais (VASCONCELOS, 2006a, p. 283).

Com efeito, a necessidade de profissionais formados nesta perspectiva tem gerado ações efetivas no sentido de implementar alternativas de formação acadêmica e de educação continuada e/ou permanente, após a graduação. Já nos reportamos a algumas destas iniciativas. Reafirmamos a necessidade da implantação de políticas públicas visando qualificar estes profissionais em atuação,

os quais, conforme constatamos nas entrevistas têm suas dificuldades de atuar segundo o princípio da integralidade.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF, em setembro de 2007 atendia no Brasil 87,9 milhões de pessoas, ou seja, 46,6% da população brasileira. São 23,8 milhões de famílias. No Rio Grande do Sul, a ESF atendia 3,2 milhões de pessoas, às quais somadas à cerca de 900 mil atendidas pela EACS, totalizam 4,1 milhões de pessoas, cerca de 40% da população de estado (DATASUS, 2008). Os números do Ministério da Saúde indicam que 5.125 municípios brasileiros implantaram a ESF, os quais comportam 27.324 equipes de saúde. São, portanto 27.324 enfermeiros e igual número de médicos. Somam-se a este contingente, 211 mil agentes comunitários de saúde, 15,7 mil cirurgiões dentistas, além de técnicos de higiene dental, auxiliares de consultório dentário, técnicos de enfermagem e outros profissionais da área da saúde.

Estes dados, por si só, demonstram que esta política pública pode ter um grande impacto nas condições gerais de vida da população brasileira. Estudar a dinâmica do trabalho da ESF é, em nossa opinião, de grande relevância, visando avaliar as dificuldades e potencialidades, tendo em vista o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde, enfocando a equidade, a integralidade, a qualidade e a participação social.

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

relevante, considerando a qualidade de vida das pessoas que eles atendem. Desenvolver ambientes saudáveis é um dos objetivos principais das políticas relacionadas à interface saúde e ambiente, e a ESF tem tudo a ver com isso, conforme entendemos.

Neste contexto, em nosso trabalho apuramos que as concepções dos enfermeiros e médicos sobre o processo saúde-doença convergem ao preconizado pelo SUS, reconhecendo-se que este processo é determinado socialmente, num contexto sistêmico onde somos todos interdependentes, conforme a definição de Capra (1996; 2005a). Mas percebemos também que persistem aspectos de uma definição relacionada às concepções hegemônicas no paradigma biomédico, centrado na doença. Mesmo assim, o discurso dos profissionais indica um engajamento à proposta da ESF.

Com efeito, quando questionados quanto às condições de vida das pessoas com as quais atuam, os profissionais atrelaram as respostas à vida do trabalho, do ganho econômico, preferencialmente. As condições ambientais, culturais, sociais, apesar de serem citadas, ficaram num plano inferior, com menos destaque. O que indicam estas respostas? Segundo Capra (1996), nossa cultura ocidental determina a carga de valores que carregamos e, neste sentido, eles estão impregnados da necessidade de auto-afirmação, onde se sobressaem à busca de expansão, a competição, a quantidade e dominação. Em outras palavras, conjugamos o verbo “ter”, queremos poder, competimos com os outros e queremos crescer materialmente. O que advém disso é que os enfermeiros e médicos, apesar de acreditarem no potencial da ESF, tiveram uma formação acadêmica e desenvolvem suas práticas profissionais num contexto sociocultural diferente daquilo que é apregoado nos princípios e diretrizes do SUS e, possivelmente por isso identificam as condições de vida da população da forma que mencionamos.

Procuramos analisar as concepções dos profissionais sobre que relação estabelecem entre a temática saúde e ambiente e como ela influi no processo saúde-doença. As respostas, coerentes com o senso comum, reconhecem a sua interdependência. Podemos inferir que possivelmente as informações que têm são insuficientes, diminuindo o potencial de desenvolver ações dirigidas aos problemas socioambientais na sua prática profissional. Esta constatação se ampara na

dificuldade de alguns profissionais em apontar quais são problemas relevantes na sua realidade, o que foi percebido mais entre os médicos (mais distantes da comunidade) do que entre os enfermeiros.

Por outro lado, os profissionais entendem que na população com qual trabalham, o comportamento relativo às condições ambientais é bastante heterogêneo. Há muitas pessoas que estão engajadas na problemática ambiental, outras nem tanto e há aqueles que simplesmente não se envolvem. Neste aspecto, os profissionais manifestam que é preciso persistir, ampliar os mecanismos de educação em saúde e de estímulo à tomada de consciência, o que requer preparo dos profissionais para tal. Qualificá-los, por meio de ações de educação continuada e/ou educação permanente, nos parece uma estratégia possível, tendo em vista que vem sendo desenvolvida no âmbito do governo, mesmo que de forma incipiente ainda, em nossa opinião.

O processo de trabalho na ESF foi outro aspecto que abordamos e, relativamente ao planejamento como instrumento de qualificação deste processo, percebemos que as equipes de saúde estão fragilizadas, majoritariamente. Poucos são os profissionais que afirmam serem as reuniões de trabalho suficientemente organizadas e periódicas que permitam planejar. Por conseqüência, se avalia pouco a situação de saúde da população, as condições ambientais, as dificuldades sociais em geral e, neste contexto, as concepções de saúde-doença anteriormente manifestadas acabam subjugadas pela atuação médico-centrada, tecnicista. Apesar das concepções indicarem um trabalho focado no conceito ampliado de saúde, possivelmente a falta de organização na rotina de trabalho das equipes de saúde induzem práticas desconectadas da realidade. A equipe de saúde, assim, não avalia, não planeja, não monitora resultados com eficiência. A equipe centraliza sua atuação em atender aos doentes, “apagar os incêndios do dia a dia”, e isto diminui muito o potencial da ESF, enquanto proposta de transformação social, conforme consta nos conceitos de atenção primária em saúde, atenção básica, promoção de saúde e integralidade.

Nas entrevistas constatamos que estas carências do sistema de saúde não ocorrem devido às concepções dos enfermeiros e médicos. Os profissionais estão

inseridos neste sistema no qual todos os aspectos estão inter-relacionados, portanto influenciando uns sobre os outros. Neste sentido, a organização político-partidária local e a distribuição do poder político e administrativo pode interferir sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde. O gestor, inserido neste contexto e, dependendo do seu estilo de gestão, influi sobre a equipe de saúde da ESF, de forma positiva ou negativa, dando suporte, estrutura e autonomia ou não. Este foi um aspecto referido nas entrevistas, que não aprofundamos neste trabalho, mas que poderia ser mais investigado em futuros estudos.

Retomando nossos objetivos com este trabalho, acreditamos ter levantando algumas informações e/ou inferências que podem contribuir no entendimento das dificuldades da ESF em alcançar melhores resultados, a partir das concepções dos enfermeiros e médicos entrevistados. Vimos que os problemas socioambientais são abordados superficialmente pela equipe de saúde. E constatamos que no processo de trabalho das equipes, persistem práticas médico-centradas, focando a doença, apesar de existirem iniciativas no sentido da saúde coletiva.

Percebemos que os profissionais identificam possibilidades de ações que poderiam ser desencadeadas a partir da ESF, mas ressaltam que isto será possível com a participação de outros atores sociais, dentro do próprio campo da saúde e externo a ele, mediante a aplicação prática da intersectorialidade preconizada pelo SUS.

Conforme compreendemos, os enfermeiros e médicos não conseguem trabalhar a atenção básica na definição apresentada anteriormente. Existem iniciativas de alguns profissionais e/ou equipes que indicam a possibilidade da ESF alcançar este patamar. No entanto, pelo menos neste momento, nas equipes às quais os profissionais pertencem, ainda há um longo caminho a percorrer. A promoção da saúde, a prevenção, a atenção básica, continuam a ser objetivos a alcançar. Abordar os problemas socioambientais e desenvolver ações concretas sobre eles, também.

A interface saúde e ambiente relacionada à ESF é um campo de pesquisa recente. Neste sentido, vários estudos poderiam ser propostos. Neste trabalho nos

fixamos nos enfermeiros e médicos. Mas, podemos afirmar que a mesma metodologia poderia ser aplicada aos agentes comunitários de saúde, aos cirurgiões dentistas, técnicos de enfermagem, outros auxiliares nas ações de saúde, ou ainda a outros profissionais que desenvolvem suas atividades junto à ESF.

Os problemas socioambientais são determinantes das condições de saúde da sociedade. Qualificar os processos de trabalho da equipe de saúde pode significar a melhoria desta relação tão interdependente. Assim, pesquisar o processo de trabalho, em contextos diferenciados, é uma forma de produzir conhecimentos sobre a ESF, identificando seus limites e possibilidades.

No processo de formação acadêmica também temos um ambiente propício ao desenvolvimento de pesquisas futuras. Investigar as práticas pedagógicas, qualificar a formação no modelo da produção social da doença são exemplos de estudos que poderiam ser desenvolvidos.

Outra ação relacionada ao ambiente na qual a ESF poderia estar envolvida diz respeito à educação ambiental, no intuito de difundir o tema e ampliar o número de pessoas engajadas em ações afirmativas em defesa da vida.

A gestão em saúde é outro campo que deve ser qualificado, visto que é neste aspecto que se definem a aplicação dos recursos, a implementação de políticas públicas, ou seja, é função do gestor de saúde nortear as políticas de saúde, portanto um papel central. Gestores de saúde sensíveis à articulação saúde e ambiente poderiam propor ou desencadear políticas relacionadas aos problemas socioambientais.

Propomos ainda a possibilidade de serem realizados estudos aproximando a relação entre a vigilância em saúde e a ESF, tendo em vista a ocorrência de diversos fenômenos naturais que incidem sobre a saúde humana.

Mas, entre todas as possibilidades, realçamos a necessidade central de aprofundar estudos sobre a formação/educação em saúde, desenvolvendo profissionais com perfil convergente à saúde coletiva, que pautem seu trabalho pela

determinação social da saúde e, neste sentido, consigam alcançar nas suas práticas profissionais a integralidade da atenção em saúde.



REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Ricardo. O capital social dos territórios: repensando o desenvolvimento rural. **Economia Aplicada**, São Paulo, vol. 4, n. 2, p. 379-397, abr/jun. 2000.

ADRIANO, Jaime R.; WERNECK, Gustavo A. F.; SANTOS, Max A. dos; e SOUZA, Rita de C. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? . **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 53-62, 2000.

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

ALEIXO, José Lucas Magalhães. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início de terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v.1 n. 1, p. 1-16, jan/jun, 2002.

ANDRADE, Selma M; SOARES, Darli A; CORDONI JUNIOR, Luiz. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**, Londrina: Editora UEL, 2001.

ANDRADE, Luiz O. M. de; BARRETO, Ivana C. H. C. Promoção de Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, Maria Cecília de S; e MIRANDA, Ary C. de (Org.). **Saúde e Ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

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

ARTMANN, Elizabeth. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p 183-195. 2001

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

BARBIERI, José Carlos. **Desenvolvimento e meio ambiente**: as estratégias de mudanças da agenda 21. 3ª Edição. Petrópolis/RJ: Vozes. 2000.

BARBOSA, S. R.; ROVESI, R. M.; MONTEIRO C. C.; NIERO, D. Interdisciplinaridade: um caminho para mudanças. In: RIBEIRO, E. R.; DYNIEWICZ, A. M. **ENSINO E SAÚDE: práticas educacionais multidisciplinares**. Curitiba: Ed. Maio. 2004.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Saúde Pública é bioética?** São Paulo: Paulus, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2004.

BARTOLOMEI, Carlos E. F.; CARVALHO, Mariana S. de; DELDUQUE, Maria C. A Saúde é um Direito! **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, v. 27, n.65, p. 184-191, set/dez, 2003..

BDR – Banco de Dados Regional. **Perfil Socioeconômico do Vale do Taquari - 2008**. Lajeado: UNIVATES. Disponível em <http://www.univates.br>. Consulta em 10/03/2008.

BECKER, Daniel. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. 2001. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2001.

BEDIN, Maria Lúcia. **Uma leitura sobre os trabalhadores rurais com enfoque em meio ambiente, saúde e qualidade de vida**. 2003. Dissertação (Mestrado). Florianópolis: UFSC, 2003.

BERTOLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

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

BRASIL / Ministério da Saúde de. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde. 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do PSF**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência a Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no processo: Norma Operacional da Assistência a Saúde – NOAS 01-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO 333**, de 04/11/2003: aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 04/12/2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família 2001-2002**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ver-SUS Brasil: cadernos de textos**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RS-SUS)**. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. OPAS. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão- volume 1**. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva – instrumentos básicos**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS de A a Z**. Disponível na internet no site: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico.php>. Acessado em 18/03/2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Álcool e Drogas/Redução de Danos**. Disponível no site: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>. Acessado em 17/03/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde – 17 a 21/03 de1986**. Brasília. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>. Acesso em 22/03/2008.

BROMBERGER, Suzy Mara T. A Estratégia de Saúde da Família numa perspectiva ambiental para a promoção de saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.17, n.02, p.15-24, 2003.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1), p. 77-93, 2007.

CAMPOS, Gastão W. S. Equipe de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4 (2), p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5 (2), p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão W. S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo: Hucitec, 2006a.

CAMPOS, Gastão W. S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 2006b.

CAMPOS, Gastão W. S; MINAYO, Maria Cecília S; AKERMANN, Marcos, DRUMMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara M. de. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª reimpressão. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz. 2007.

CAPISTRANO FILHO, David. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v. IV (2), p. 287-302, jul/out, 1997.

CAPOZZOLI, Ulisses. **Aquecimento global e a consciência da mídia**. Publicado em 01/08/2006. Acesso em 17 de março de 2008. Disponível no site <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/artigos.asp?cod=392OFC001>.

CAPRA, Fritjof. **A Teia da Vida**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CAPRA, Fritjof; STEINDL-RAST, David. **Pertencendo ao Universo**: explorações nas fronteiras da ciência e da espiritualidade. 14ª edição. Tradução de EICHENBERGER, Maria de Lurdes e EICHENBERGER, Newton Roberval. São Paulo: Cultrix, 2004.

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

CAPRA, Fritjof. **Sabedoria Incomum**. 16ª edição. Tradução de Malferrari, Carlos Afonso. São Paulo: Cultrix, 2005b.

CAREGNATO, Rita C. A; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15 (4), p. 679-684, out/dez, 2006.

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

CARVALHO, Brígida G.; MARTIN, Gilberto B.; CORDONI JUNIOR Luiz. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma M; SOARES, Darli A; CORDONI JUNIOR, Luiz. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**, Londrina: Editora UEL, 2001.

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

CARVALHO, Yara M.; CECCIN, Ricardo B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão W. S; MINAYO, Maria Cecília S; AKERMANN, Marcos, DRUMMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara M. de. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª reimpressão. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz. 2007

CECCIN, Ricardo B.; CARVALHO, Yara M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIN, Ricardo B.; MATTOS, Rubens A. (Orgs.). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.

CHEMIN, Beatriz F. (Org.). **Guia Prático da UNIVATES para trabalhos acadêmicos**, Lajeado: UNIVATES, 2005.

CID, Thiago. **Saneamento básico deve chegar todos apenas em 2122**. Revista Época, edição 497 – 27/11/2007.

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

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

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Ed. Superior. **CNE/CES 3/2001**. Diário Oficial da União. Brasília: 09/11/2001, seção 1. p.37. 2001a.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Ed. Superior. **CNE/CES 4/2001**. Diário Oficial da União. Brasília: 09/11/2001, seção 1. p.38. 2001 b.

CORDEIRO, Hésio. **SUS: Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 2005.

CORSAN – Companhia Riograndense de Saneamento. **Tratamento de Água**. Consulta ao site: http://www.corsan.rs.gov.br/sistemas/trat_agua.htm, realizada em 06/03/2008.

COSTA NETO, Milton M. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas/Departamento de Atenção Básica - Ministério da Saúde/Brasil. 2000.

CUNHA, João Paulo P.; CUNHA, Rosani E. Sistema Único de Saúde – princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001.

DATASUS. **Informações de Saúde – Informações Demográficas e Socioeconômicas**. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popprs.def>. Acessado em 28/01/2008a.

DATASUS. **Caderno de Informações em Saúde**. Site acessado em 06/03/2008b: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>.

DEMO, Pedro. **Charme da Exclusão Social**. 2ª ed. Campinas/SP: Autores Associados, 2002.

DIAMOND, Jared. **Armas, Germes e Aço: os destinos das sociedades humanas**. 3ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2002.

ECO, Humberto. **Como se faz uma tese**. 20ª edição. Tradução de Gilson César Cardoso de Souza. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FEPAM - Fundação Estadual de Proteção Ambiental Henrique Luiz Roessler – RS. Site: <http://www.fepam.rs.gov.br>. Consultado em 06/03/2008.

FERREIRA, Leila da C.; FERREIRA, Lúcia da C. Limites ecossistêmicos: novos dilemas e desafios para o estado e para a sociedade. Em: HOGAN, Joseph.; VIEIRA, Paulo F. (Orgs.). **Dilemas socioambientais e desenvolvimento sustentável**. Campinas/SP: Editora da UNICAMP. 1995.

FLEURI, Reinaldo Mathias. Formação de profissionais de saúde: reflexões a partir das vivências estudantis. In: Em: VASCONCELOS, Eymard M.; FROTA Lia H.; SIMON, Eduardo. **Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde**. São Paulo: Hucitec. 2006.

FOLHA DE SÃO PAULO -. **Entenda os principais pontos do Protocolo de Kyoto**. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/bbc/ult272u39714.shtml>. Acessado em 17/03/2008. Versão on-line, notícia publicada em 16/02/2005.

FORTUNA, Cinira M.; MISHIMA, Silvana M.; MATUMOTO, Silvia; PEREIRA, Maria José B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir

dos conceitos de processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13 n.2, p.262-268, mar/abr, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 23ª edição. Org. e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

FRANCO, Tânia. Padrões de produção e consumo nas Sociedades Urbano-Industriais e suas relações com a degradação da Saúde e do Meio Ambiente. In: MINAYO, Maria Cecília de S.; MIRANDA, Ary C. de (Org.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1983.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 23ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, Fernanda P.; PINTO, Ione C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. **Ribeirão Preto, v. 13 n. 4, p. 547-554, 2005.**

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

GARIGLIO, Maria Terezinha e RADICCHI, Antônio L. A. **O médico e seu processo de trabalho em serviços públicos de saúde: a descrição de um problema**. 2004. Belo Horizonte. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Medicina da UFMG. 2004.

GIOVANELLA, Lígia. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6 (2), p. 129-153, abr/jun, 1990.

GONÇALVES, Maria Augusta S. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. **Educação e Sociedade**: Campinas/SP, v.20 n.66, p.125-140, abr. 1999

GORDON, Richard. **Os grandes desastres da medicina**. Tradução de Ronaldo de Almeida Rego. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

GUTIERREZ, Paulo R.; OBERDIEK, Hermann I. Concepções sobre a Saúde e a Doença. In: ANDRADE, Selma M; SOARES, Darli A; CORDONI JUNIOR, Luiz. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**, Londrina: Editora UEL, 2001.

GUTIÉRREZ, Francisco; PRADO, Cruz. **Ecopedagogia e cidadania planetária**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire. 1999

IANNI, Áurea M. Z; QUITÉRIO, Luís Antônio D. A questão ambiental urbana no Programa de Saúde da Família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. **Ambiente e Sociedade**. São Paulo, vol. IX, n 1, jan./jun. 2006.

IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal. **O Cenário dos Resíduos Sólidos no Brasil**. <http://www.ibam.org.br/publique/media/Boletim1a.pdf>. Consultado em 06/03/2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional 2000**. Consulta do site na internet: <http://www.ibge.gov.br>, acessado em 06/03/2008.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. 9ª edição. Tradução de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 2006.

LALONDE, Marc. **A New perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Office the Canadian Minister of National Health and Welfares, 1974.

LEFÉVRE, Fernando. **Mitologia Sanitária**: saúde, doença, mídia e linguagem. São Paulo: Ed. USP. 1999.

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

LOPES, José Sérgio L. Sobre processos de "ambientalização" dos conflitos e sobre dilemas da participação. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, v. 12, n. 25, p. 31-64, jan/jun, 2006.

LUZ, Madel. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 2007.

MACHADO, Maria Helena (coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Vol. 05 – Região Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MAZZOTI Alda J.; GEWANDSZNAJDER Fernando. **O método nas Ciências Naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

MEDEIROS, Cassia R. G.; SALDANHA, Olinda M. F.; CARRENO, Ioná; JUNQUEIRA, Álvaro G. W; SCHWINGEL, Glademir; JUNGLES, Lúcia A. P. Análise das causas de rotatividade de enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família. **Mostra de Ensino, Extensão e Pesquisa/2007 - Anais**. Lajeado: Centro Universitário UNIVATES, 2007.

MEDEIROS, Roseana M.; STÉDILE, Nilva L. R.; CLAUS, Suzete M. **Construção de competências em enfermagem**, Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth C. Saúde dos Trabalhadores. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

MENDES, Eugênio V.; TEIXEIRA, Carmen F.; PAIM, Jairnilson S. (Org). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1999.

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

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os Grandes Desafios do SUS**: Tomo II. Salvador/BA: Casa da Qualidade, 2001.

MENDONÇA, Maria Helena M. de. Sistema Único de Saúde no Brasil: entre o formal e o real, as vicissitudes da construção de uma intervenção pública moderna. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.26, n.69, p. 9-26, jan/abr, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de S; e MIRANDA, Ary C. de (Org.). **Saúde e Ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002a.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: **Saúde e Ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002b.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. CAMPOS, Gastão W. S; MINAYO, Maria Cecília S; AKERMANN, Marcos, DRUMMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara M. de. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª reimpressão. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz. 2007

MISOCZKY, Maria Ceci. **O Campo da Atenção à Saúde após a Constituição de 1988**: uma narrativa da sua produção social. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

MISSIO Martha; PORTELLA, Marilene R. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.17, n.02, p. 23-36, jul/dez, 2003.

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

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 10ª edição. Tradução Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004a.

MORIN, Edgar. **Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar.** Participação de Marcos Terena. Rio de Janeiro: Garamond, 2004b.

MORIN, Edgar. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios.** 3ª edição. Tradução de Adgard de Assis Carvalho. São Paulo: Cortez, 2005.

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

MOTTA, R. M. M., WESTPHAL, Márcia F.; BOGUS, Cláudia M.; e CARICARI, A.M. **Panorama das Cidades/Municípios Saudáveis no Brasil.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP/Organização Pan-americana de saúde, 1998.

NAVARRO, Marli B. M. A.; FILGUEIRAS, Ana Luzia L.; COELHO, Hamilton; ASENSI, Marise D.; LEMOS Elba; SIDONI Marli; SOARES, Marisa da S.; CARDOSO, Telma A. O. Doenças emergentes e reemergentes, saúde e ambiente. In: MINAYO, Maria Cecília de S; e MIRANDA, Ary C. de (Org.). **Saúde e Ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **I Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde. Ottawa/1986.** Acessado em 18/03/2008. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia mundial OMS de salud y médio ambiente.** Ginebra: OMS, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Health for all in the 21st century.** Ginebra: OMS, 1998.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS) **El Movimiento de Municipios Saludables: uma Estratégia para la Promoción de la Salud em América Latina.** v 96-14, Washington, DC/EUA. 1996.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Atenção Primária Ambiental.** Washington, DC/EUA. 1999.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Carta de Ottawa – Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde / novembro de 1986.** Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acessado em 27 de março de 2008.

PAIM, Jairnilson D. S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 32, n.4, p. 299-316, 1998.

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

PAIM, Jairnilson. D. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Tecnoassistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde.** 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999b.

PEREIRA, Isabel B.; RAMOS, Marise N. **Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006

PERES, Frederico. Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de S; e MIRANDA, Ary C. de (Org.). **Saúde e Ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

PINHEIRO, Roseni; CECCIN, Ricardo B.; MATTOS, Rubens A. (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006a.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens. A. (Org). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2006b.

PINHEIRO, Roseni; CECCIN, Ricardo B.; MATTOS, Rubens A. (Orgs.). **Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006c.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed. 2005.

PORTILHO, Fátima. **Sustentabilidade ambiental, consumo e cidadania**. São Paulo: Cortez, 2005.

PROSAUDE. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Disponível em <http://www.prosaude.org.br>.

REIGOTA, Marcos. **Meio Ambiente e representação social**. 5ªed. São Paulo: Cortez: 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Secretaria de Saúde / Rio Grande do Sul. Porto Alegre: SEGRAC Ed. 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde **Normas e Diretrizes das Estratégias Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Disponível em <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br>. 2007. Acessado em 19/03/2008.

RODRIGUEZ, R. **Teoria y práctica de la salud pública**. Washington. DC. OPAS, 1994.

ROMANO, Jorge O.; ANTUNES, Marta (Org) **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002.

ROUQUAYROL, Maria Z.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

ROUQUAYROL, Maria Z.; GOLDBAUM, Moisés. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e Saúde**. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SABÓIA, Vera Maria. **Educação em Saúde: a arte de talhar as pedras**. Niterói: Intertexto, 2003.

SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Nacional de Medicina (CFM)**, p. 15-16, edição jul/ago/set de 2004.

SANTOS, Jair Lício F.; WESTPHAL, Márcia F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da Universidade. **Revista Estudos Avançados**. São Paulo, v. 13 (35), p.71-88, 1999.

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

SCHON, Donald A.- **Educando o Profissional Reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Editora ARTMED, Porto Alegre, 2000.

SCHWINGEL, Glademir. **O Sistema Único de Saúde no município de Teutônia**: uma análise da gestão e da organização das ações e serviços. 2002. Monografia – Especialização em Gestão em Saúde: ênfase hospitalar/PUCRS. Porto Alegre, 2002.

SCLIAR, Moacir. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2002.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.31, n.5, p. 538-542, 1997.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18 sup., p. 203-211, 2002.

SILVA, Sílvio Fernandes da. **A construção do SUS a partir do município**: etapas para a municipalização plena da saúde. São Paulo: Hucitec, 1996

SILVA, Anderson S. da; LAPREGA, Milton R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão

Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov/dez, 2005.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2006.

SOUZA, Janine. Desperdício é de 6 bilhões de litros por dia. **Jornal Correio do Povo**, Porto Alegre, 22/03/2008.

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

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução: Fidelity Translations– Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STÉDILE, Nilva L. R. Prevenção em Saúde: competências profissionais a desenvolver na formação do enfermeiro. MEDEIROS, Roseana M.; STÉDILE, Nilva L. R.; CLAUS, Suzete M. **Construção de competências em enfermagem**, Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

TAGLIARI, Maristela H.; LODI, Débora L. P.; MORETTO, Eliane F. S. Limites e possibilidades no trabalho em equipe no Programa Saúde da Família – PSF. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.17, n.02, p. 67-79, 2003.

TAMBELLINI, Anamaria T.; CÂMARA, Volney de M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 03, n.02, p. 47-59, 1998.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: ABRASCO/Editora Cortez. 1989

THORWALD, Jürgen. **O Segredo dos médicos antigos**. 2ª edição. São Paulo: Melhoramentos, 1989.

TRAD, Leny A. B.; BASTOS, Ana Cecília S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família: uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr./jun, 1998.

VALLA, Victor V. (Org.); VASCONCELOS, Eymard M.; PEREGRINO, Mônica. **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro: DP & A, 2000.

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo: Hucitec. 1997.

VASCONCELOS, Eymard Morão. Formar Profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: VASCONCELOS, Eymard M.; FROTA, Lia H.; SIMON, Eduardo. **Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, Cipriano M.; PASCHE, Dário F. O Sistema Único de Saúde. CAMPOS, Gastão W. S; MINAYO, Maria Cecília S; AKERMANN, Marcos, DRUMMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara M. de. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª reimpressão. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz. 2007.

VIOLA, Eduardo. O regime internacional de mudança climática e o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 17, n. 50, p. 25-46. 2002.

WEBER, Carlos Augusto da T. **Programa de Saúde da Família: educação e controle da população**. Porto Alegre: AGE Editora. 2006

APÊNDICE 1

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO
EM AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
de profissão _____, aceito pelo presente termo participar da pesquisa **SAÚDE E AMBIENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DAS CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS E MÉDICOS E SEU IMPACTO SOBRE PROBLEMAS SÓCIO-AMBIENTAIS**, desenvolvida por Glademir Schwingel, mestrando em Ambiente e Desenvolvimento no Centro Universitário UNIVATES, de Lajeado, que é orientado neste trabalho pelo Prof. Dr. João Batista Siqueira Harres e co-orientado por Prof. Dr. Atos Prinz Falkenbach.

Declaro que fui informado de que o presente trabalho se justifica quanto à sua relevância à medida que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada como prioritária pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento da Atenção Básica no SUS, conforme explícito na Portaria GM/MS 648/06, onde a equipe de saúde da ESF, além da assistência, orienta suas atividades pela promoção, prevenção e educação em saúde. Neste sentido, com esta gama de atribuições, é importante conhecer as concepções do enfermeiro e do médico, entendendo os limites e possibilidades nas ações e serviços realizados na ESF.

Pelo presente termo, fico ciente:

1. Que a pesquisa objetiva analisar as concepções dos enfermeiros e médicos da ESF sobre Saúde e Doença e sua relação com o Ambiente, identificando

sua influência nos processos de diagnóstico da realidade sócio-ambiental e planejamento e incremento das ações e serviços baseados na integralidade da atenção em saúde;

2. Que a coleta de informações será feita mediante entrevista semi-estruturada realizada pelo pesquisador, que será gravada na sua íntegra;
3. Que posso solicitar esclarecimentos sobre quaisquer aspectos da pesquisa antes e durante o seu desenvolvimento;
4. Que posso abandonar a pesquisa antes ou durante o seu curso sem quaisquer prejuízos para mim;
5. Que será garantido o sigilo absoluto quanto à origem dos dados, não podendo ser revelada a fonte das informações. Para esta garantia, na análise posterior o pesquisador fará uso de alternativas que garantam o sigilo;
6. Que por este trabalho se espera como benefício contribuir na identificação das peculiaridades que regem a ESF, além de estabelecer a conexão entre as práticas cotidianas e os problemas sócio-ambientais.
7. Que a entrevista pode apresentar algum desconforto por parte do entrevistado à medida que eventuais perguntas apresentem algum grau de dificuldade quanto à resposta.
8. Que a participação da pesquisa não implica em nenhum risco físico nem despesa financeira de qualquer ordem.
9. Que a pesquisa será composta de um conjunto de entrevistas que serão realizadas com enfermeiros e médicos que atuam na ESF na região do Vale do Taquari.
10. Declaro ainda que aceito participar do estudo, resguardando aos autores da pesquisa a propriedade intelectual das informações e concordando com a divulgação da mesma.
11. Que ao aparecimento de qualquer dúvida, o pesquisador estará disponível pelo telefone 51 99784855 o e-mail glademir@univates.br.

Nestes termos, este termo será expedido em duas vias, sendo uma via do pesquisador e outra do entrevistado.

_____, _____ de _____ de _____.

Pesquisador

Entrevistado

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES, na data de _____ / _____ / _____.

APÊNDICE 2

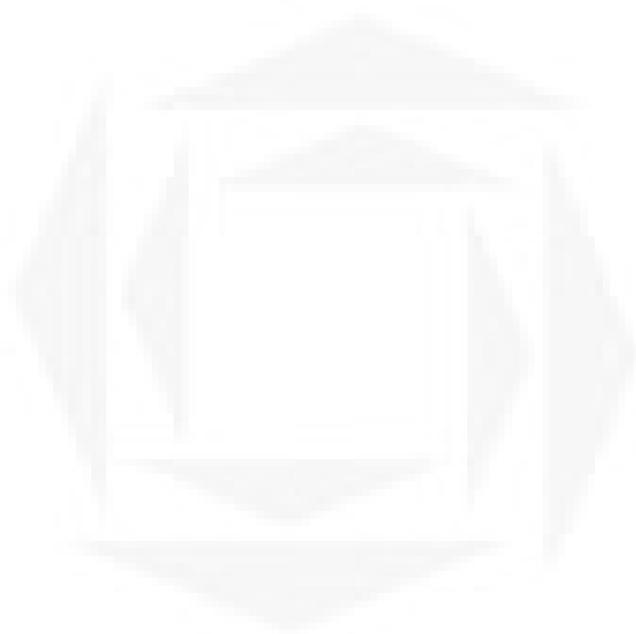
ROTEIRO QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

(SUJEITO A PERGUNTAS ADICIONAIS, CONFORME RESPOSTAS)

1. O que para você significa ser SAUDÁVEL?
2. E DOENTE?
3. Como vivem as pessoas da área em que você atua. Que problemas eles tem no seu dia a dia?
4. Que problemas ambientais relevantes acontecem na tua área da ESF? Como estes problemas incidem sobre as condições de vida das pessoas que moram nesta área? - [que impacto eles têm sobre a saúde/doença desta população?]
5. Como você avalia a consciência das pessoas que residem nesta área sobre os problemas ambientais que eles vivem? Como vocês agem em relação a este nível de consciência?
6. Como é feito o processo de planejamento dentro da ESF? Que instrumentos a [ESF] usa para planejar suas atividades/prioridades? Quais as informações do SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica) têm sido relevantes para planejar as atividades/prioridades da equipe?
7. Como é a tua rotina de trabalho durante a semana? Em outras palavras, como é o cotidiano da ESF no teu município? Ou ainda, como você utiliza seu tempo no seu trabalho?
8. Vocês realizam reuniões de equipe? Como são estas reuniões? Quem comanda ou quem define a pauta, enfim quem lidera normalmente?
9. Você percebe como possível desenvolver ações sobre os problemas ambientais a partir da ESF? Se sim, que ações seriam essas?

11. Com que outras forças da prefeitura ou comunidade a ESF poderia contar para tornar efetivas as ações que você citou agora?

12. Por fim, na tua opinião, que limites e possibilidades você percebe para desenvolver ações para resolver os problemas ambientais que se refletem com a sociedade com que você atua? Como poderíamos superar, implementar ou agregar essas possibilidades?



UNIVATES

APÊNDICE 3

Municípios da 16ª CRS, segundo o Plano Diretor de Regionalização/SES

1. Anta Gorda
2. Arroio do Meio
3. Arvorezinha
4. Barros Cassal
5. Bom Retiro do Sul
6. Boqueirão do Leão
7. Canudos do Vale
8. Capitão
9. Colinas
10. Coqueiro Baixo
11. Cruzeiro do Sul
12. Dois Lajeados
13. Doutor Ricardo
14. Encantado
15. Estrela
16. Fazenda Vilanova
17. Fontoura Xavier
18. Forquetinha
19. Ilópolis
20. Imigrante
21. Itapuca
22. Lajeado
23. Marques de Souza
24. Muçum
25. Nova Bréscia
26. Paverama
27. Poço das Antas
28. Pouso Novo
29. Progresso
30. Putinga
31. Relvado
32. Roca Sales
33. Santa Clara do Sul
34. São José do Herval
35. São Valentim do Sul
36. Sério
37. Tabaí
38. Taquari
39. Teutônia
40. Travesseiro
41. Vespasiano Corrêa
42. Westfália