

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

ELANI MARIA DE CARVALHO RODRIGUES

As redes de apoio social nas comunidades do Alto da Boa Vista como subsídio ao
trabalho dos agentes comunitários de saúde

Rio de Janeiro

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ELANI MARIA DE CARVALHO RODRIGUES

As redes de apoio social nas comunidades do Alto da Boa Vista como subsídio ao trabalho dos agentes comunitários de saúde

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dra. Miriam Garcia Leoni

Coorientadora: Prof^a Dra Adriana Cavalcante de Aguiar

Rio de Janeiro

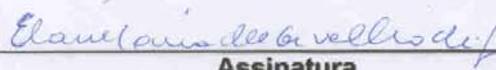
2009

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Elani Maria de Carvalho Rodrigues, assumo nos termos da legislação atinente, inteira responsabilidade sobre as fontes consultadas e citadas no trabalho intitulado AS REDES DE APOIO SOCIAL NAS COMUNIDADES DO ALTO DA BOA VISTA COMO SUBSÍDIO AO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, isentando a professora orientadora Dra Miriam Garcia Leone e a professora coorientadora Dr(a) Adriana Cavalcante de Aguiar, e o Programa de Pós-Graduação Saúde da Família, da Universidade Estácio de Sá, de qualquer responsabilidade.

Estou ciente que, nos termos de deliberação do Colegiado do Programa, o plágio importa reprovação.

Rio de Janeiro, 13/04/2009.



Assinatura

Nome do(a) aluno(a): Elani Maria de Carvalho Rodrigues

Matrícula nº: 2007.03.00171-2



Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

**AS REDES DE APOIO SOCIAL NAS COMUNIDADES DO ALTO DA BOA VISTA
COMO SUBSÍDIO AO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

elaborada por

ELANI MARIA DE CARVALHO RODRIGUES

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 13 de fevereiro de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Míriam Garcia Leoni
Presidente
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Valéria Ferreira Romano
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Sonia Acioli de Oliveira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Ao Deus de toda bondade por tudo que recebi da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus que me deu fé na vida, uma família e amigos.

Ao meu pai por ter sido companheiro de tantos livros e ser um exemplo de luta e perseverança.

Às minhas queridas filhas, Erika e Fernanda, por sempre acreditarem em minha capacidade de fazer, me darem risos, exemplos, ajuda com o computador e beijos na bochecha.

Ao Amadeu por todos os cafés, apoio nas decisões e paciência.

À minha família por suportar minhas ausências.

Aos meus sobrinhos netos Giovanni e Maria Eduarda por terem nascido.

Às companheiras do Grupo de Apoio Técnico, especialmente a Denise, pelo incentivo para fazer o Mestrado e pelo apoio irrestrito em todas as etapas de construção dessa dissertação. Sem a ajuda de vocês esse trabalho não seria possível.

À Coordenadora da Área 2.2, Dra Solange por acreditar nesse trabalho e apoiar o Programa de Saúde da Família.

À Secretaria Municipal de Saúde, especialmente Enfa Márcia Reis por incentivar os servidores ao estudo.

Aos amigos por me darem colo nos momentos difíceis.

Aos queridos Alexandre, Biasi e Rose por ensinarem tudo que o computador pode oferecer como ferramenta de trabalho.

Às Enfermeiras Inês e Licia, supervisoras dos agentes do Alto da Boa Vista no período da pesquisa pelo carinho e o espaço para as entrevistas.

Aos companheiros Agentes Comunitários de Saúde das unidades de EACS ABV e Formiga por dedicarem parte de seu tempo para participar dessa pesquisa.

Às professoras de pesquisa qualitativa pela infinita paciência em ensinar, me auxiliando no crescimento para o desenvolvimento dessa dissertação.

Aos membros da Banca de Qualificação pelos valiosos esclarecimentos, contribuições e orientações.

À minha orientadora, Professora Miriam Leoni, pelo carinho nos momentos pessoais tão difíceis que aconteceram durante essa jornada. Por nossos encontros e desencontros.

À Professora Adriana Aguiar por descobrir, como mágica, o melhor caminho para esse trabalho e me ajudar a seguir por ele.

Aos companheiros de Mestrado, alunos e professores, pelos dias de alegria e sabedoria, que vivemos juntos. E pela cerveja gelada na Lapa e na Feira de São Cristóvão.

À Cláudia Medeiros por sua disponibilidade e solidariedade.

À Aline por organizar nossas vidas no Mestrado.

À todos os Agentes Comunitários de Saúde, razão desse trabalho e da certeza de que a saúde no Brasil vai ser construída, com igualdade e justiça, por todos nós.

À OPAS/ OMS pela bolsa concedida, que tornou possível a realização deste sonho.

Eu acredito é na rapaziada
Que segue em frente e segura o rojão
Eu ponho fé é na fé da moçada
Que não foge da fera e enfrenta o leão
Eu vou a luta com essa juventude
Que não corre da raia a troco de nada
Eu vou no bloco dessa mocidade
Que não tá na saudade
E constrói a manhã desejada.

Gonzaguinha

RESUMO

Este trabalho descreve o trabalho dos agentes comunitários de saúde nas comunidades do Alto da Boa Vista, Rio de Janeiro. O trabalho introduz o princípio da participação Social como eixo de ações direcionadas a melhoria da qualidade de vida e a ampliação da Cidadania. O trabalho apresenta os principais aspectos a serem considerados na participação dos Agentes Comunitários de Saúde em redes de apoio social. Finalmente ele estuda a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua participação nas redes de apoio social e na oferta dos serviços na Estratégia Saúde da Família como condições para que o sistema de saúde se estruture de forma hierarquizada. O trabalho analisa a utilização das redes de apoio social locais na prática cotidiana dos Agentes Comunitários de Saúde, a luz dos princípios básicos do SUS, e em especial da humanização da assistência. Trata-se de um estudo qualitativo, onde foram utilizados dados primários e os resultados estão articulados com a produção teórica da área.

Palavras-chave – Rede de Apoio Social. Programa de Saúde da Família. Promoção de Saúde. Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

This work describes the Community Health Agents' work through communities in Alto da Boa Vista, Rio de Janeiro. It presents the fundamental features that must be considered in the participation of Community Health Agents in Social Network. It discusses issues about social control and discusses the key role of social participation in life quality improvement. Finally it studies the Community Health Agents' perception on the Social Network and the offer of services in Family Health Care Program as condition that the system can be structured in a hierarchical manner. It analyses the use of local social support network in daily practice of the Community Health Agents that has to include the basic SUS's principles, and concern especially the humanization of the assistance. This is a qualitative study, it uses primary data and results being presented linking the discussion with the theory of the field.

key words – Social network. Family Health Care Program. Health Promotion. Community Health Agents.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - EQUIPES DE ESF E EACS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR ANO DE IMPLANTAÇÃO E COBERTURA DE CADASTRADOS.....	26
QUADRO 2 - ATIVIDADES, HABILIDADES, ATITUDES	57
QUADRO 3 - BENEFÍCIOS E OBSTÁCULOS	60
QUADRO 4 - REDES DE APOIO SOCIAL – INFORMAL E FORMAL	65
QUADRO 5 - TIPOS DE APOIO SOCIAL	76

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - NÚMERO DE ENTREVISTADOS QUE CITARAM OBSTÁCULO.....	61
FIGURA 2 - NÚMERO DE ENTREVISTADOS QUE CITARAM O BENEFÍCIO.....	62
FIGURA 3 - NÚMERO DE SITUAÇÕES NARRADAS QUE APONTARAM PARA A EVIDÊNCIA DOS TIPOS DE REDE.....	68
FIGURA 4 - NÚMERO DE ENTREVISTADOS QUE DEFINIRAM APOIO SOCIAL.....	72
FIGURA 5 - NÚMERO DE ENTREVISTADOS QUE DESCREVERAM O TIPO DE JUDA.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AP 2.2 - Área Programática 2.2

CAP 2.2 - Coordenadoria da Área Programática 2.2

EqSF - Equipe de Saúde da Família

GAT – Grupo de Apoio Técnico

MS - Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência A Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

EACS ABV – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde do Alto da Boa Vista

VD - Visita Domiciliária

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

Portaria GM - Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde no Brasil

PS – Posto de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

SISPACTO - Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde
prioridades e objetivos

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETO DO ESTUDO	19
1.2	QUESTÃO NORTEADORA	19
1.3	OBJETIVO GERAL	19
1.4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.5	JUSTIFICATIVA.....	20
2	REVISÃO DOS CAMINHOS PERCORRIDOS	23
2.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS REDES DE APOIO SOCIAL.....	23
2.2	O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: PARTICIPAÇÃO COMO USUÁRIOS E PROFISSIONAIS	39
3	METODOLOGIA	44
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	51
4.1	SOBRE AS ATIVIDADES DOS ACS	51
4.2	SOBRE AS REDES DE APOIO SOCIAL	63
4.3	SOBRE APOIO SOCIAL	71
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
	APÊNDICE B - Termo de solicitação de autorização a Coordenadoria de Área 2.2	87
	APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados: roteiro para a entrevista semi estruturada.....	88
	ANEXO A – Divisão administrativa do município do Rio de Janeiro	90

ANEXO B – Cobertura do ESF e EACS na CAP 2.2.....	95
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	96
ANEXO D – Páginas do Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro – Divisão administrativa do Município do Rio de Janeiro	97
ANEXO E – Autorização da Coordenadora da AP 2.2 para a realização da pesquisa na EACS ABV.....	99
ANEXO F – Página do Diário Oficial da União – Lei 11.350/2006.....	100

1 INTRODUÇÃO

O crescimento urbano desordenado e os problemas habitacionais no Rio de Janeiro tiveram como consequência o surgimento de moradias construídas em condições precárias. Essas moradias formaram aglomerados nos subúrbios, morros e mangues, que com o tempo passaram a ser uma forma legítima de viver na cidade. Promover saúde nesses aglomerados populacionais urbanos supõe uma soma de esforços para a construção de melhores condições de vida e saúde dos moradores, diminuição dos riscos ambientais e ampliação do acesso aos serviços sociais e de saúde.

A diretriz da 13ª Conferência Nacional de Saúde¹, (2007) destaca que promover saúde envolve formação de redes de cooperação, o que inclui capacitar a comunidade e cada morador, para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Essa diretriz propõe que a promoção da saúde esteja baseada na carta de Ottawa, adotando como eixo norteador o “reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades e a reorientação dos serviços de saúde” (Brasil, 2006).

A legislação que estabelece e regula o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a existência de uma rede pública de prestação de serviços, que seja integrada, regionalizada e hierarquizada, de forma a garantir serviços resolutivos em todos os níveis de complexidade. O SUS elege a Atenção Básica (AB) como estratégia para reduzir a demanda sobre os hospitais de emergência e possibilitar a integralidade das ações de saúde ofertadas à população (Brasil, 2006).

¹ Diretriz da 13ª Conferência Nacional de Saúde: “Saúde é um produto de formas de organização da sociedade e de políticas públicas que priorizem o desenvolvimento humano, a justiça social, a qualidade de vida e o respeito à natureza”.

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) apresentou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a reorganização da AB e estruturação do SUS. A ESF foi regulamentada pela Portaria do Gabinete do Ministro (portaria GM), nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo as diretrizes e normas para a organização da AB, para o Programa de Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Portaria GM nº 648/2006 destaca a importância da responsabilidade sanitária, da territorialização da saúde, da gestão do trabalho e da educação permanente dos profissionais, a partir da valorização da equipe. Orienta que as práticas e ações individuais e coletivas sejam desenvolvidas em equipe, numa perspectiva voltada para a atenção integral e humanizada, que considera, e valoriza as diferentes realidades e necessidades das áreas adstritas.

A decisão pelo fortalecimento da AB ocorre num contexto de amplo debate sobre mudanças no modelo assistencial. Em 2003, por exemplo, foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH), para tratar da humanização da atenção e da gestão, contribuindo para a legitimação do SUS. Dessa política, destacamos a importância da participação de gestores, conselhos de saúde e organizações da sociedade civil, na valorização dos trabalhadores e no compromisso com a defesa da vida. A PNH preconiza a formação de vínculos entre os usuários e as equipes que os atendem.

O modelo assistencial humanizado tem como objetivos mais urgentes contribuir para o acesso ao SUS, a integralidade da atenção e a participação popular (Brasil, 2006). Esses objetivos demandam “novas competências para o trabalho no SUS [...] visando à formação de identidades profissionais voltadas para a

cooperação e para o trabalho em redes” (Aguiar, 2006). Segundo Conill (2008), não podemos minimizar a importância das mudanças culturais e curriculares, que são necessárias para o exercício de práticas que não fazem parte das tradições dos profissionais ou da população. Dentre essas práticas enfatizamos a integralidade da atenção e a participação popular no controle da oferta de serviços e na avaliação dos resultados.

Assim, um modelo assistencial que vise alcançar resultados positivos, deve articular as ações de saúde com as demais políticas sociais e adequar o aparelho formador integrando as atividades de ensino e pesquisa com a prestação de serviços (Aguiar, 2006). Segundo a autora, é preciso incentivar “a tolerância com a diferença” e oportunizar a troca entre os saberes da comunidade, das equipes e das unidades de ensino. Uma proposta é integrar as atividades de ensino e pesquisa às atividades cotidianas e de educação permanente das equipes, incentivando o conhecimento das ofertas, demandas, e necessidades de saúde no território.

Dentro dessa proposta, Acioli (2008) afirma que um conhecimento considerado emancipador seria aquele que, substituindo a relação sujeito/ objeto pela reciprocidade, solidariedade e participação, ampliaria os cenários de geração de novos conhecimentos.

Os Cadernos de Atenção Básica (2006, nº 19) enfatizam as atividades em grupos de convivência e cuidado, e a participação em redes de apoio social, como possibilidades de ampliação dos espaços públicos de negociação e desenvolvimento de formas de trabalhar e cuidar mais democráticas e plurais.

Segundo Valla (1999), o apoio social abre espaço para discussão sobre autonomia e controle do destino das pessoas, e sua relação com a sociedade. Em trabalho publicado em 2007, Acioli observa que o estar ou não participando de rede,

e a própria dinâmica de relações das redes existentes num território, podem estar relacionados a mecanismos de dominação e transformação de grupos populacionais.

Então, reorganizar a AB dentro dos preceitos do SUS significa, de acordo com a PNAB, buscar espaços de construção de cidadania, integração com instituições e construção de parcerias. O trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF) tem como diferencial a participação de um profissional que vivencia a dinâmica de saúde local e é capacitado para ser trabalhador do SUS: o Agente Comunitário de Saúde (Silva, 2002). O trabalho desse profissional é considerado fundamental na proposta de criação de vínculo entre profissionais e usuários que “pode construir de fato uma relação transformadora entre ambos (Romano, 2007)”.

A compreensão da contribuição das redes de apoio social para a promoção e manutenção da saúde trás para o cotidiano das EqSF uma reflexão sobre suas práticas e a necessidade da legitimação da saúde como um direito de cidadania. Essa idéia pressupõe que as ações e atividades individuais e coletivas desenvolvidas pelas equipes de saúde se interliguem às realidades culturais e sociais das comunidades.

Assim, as atividades que envolvem grupos ou participação em redes sociais se relacionam com idéias de flexibilidade, negociação e ressignificação das experiências pessoais para usuários e trabalhadores de saúde (Valla, 2000).

1.1 OBJETO DO ESTUDO

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na EACS do Alto da Boa Vista (EACS ABV) e as redes de apoio social locais.

1.2 QUESTÃO NORTEADORA

Como os Agentes Comunitários de Saúde identificam, percebem e incorporam as redes de apoio social em seu trabalho na EACS do ABV?

1.3 OBJETIVO GERAL

Refletir sobre a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde, que atuam nas sete comunidades do Alto da Boa Vista, acompanhadas pela EACS, a respeito do papel das redes de apoio social em sua prática.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar se os Agentes Comunitários de Saúde da EACS do ABV identificam, percebem e incorporam as redes de apoio social no seu trabalho em saúde;

- Identificar como os Agentes Comunitários de Saúde da EACS do ABV, analisam as redes de apoio social como instrumento do seu trabalho.

1.5 JUSTIFICATIVA

O interesse pelas redes de apoio social foi suscitado pela leitura de um artigo publicado por Costa, em 2005. Nesse artigo, ao problematizar sobre o tamanho dos centros urbanos e sua relação com a maneira como os cidadãos que neles vivem se relacionam, o autor afirma que as dimensões, a densidade populacional e a heterogeneidade das cidades contemporâneas tem alimentado laços superficiais e transitórios entre indivíduos cada vez mais sozinhos, sem suporte social (Costa, *op.cit.*).

A partir dessa leitura, e tendo como alicerce as afirmativas de Fernandes (1992) sobre o trabalho dos ACS em comunidades urbanas, sentimos a necessidade de refletir o trabalho desses profissionais, nas áreas atualmente denominadas aglomerados subnormais de um município de grande porte.

Nosso trabalho em um dos Grupos de Apoio Técnico, supervisionando, avaliando e apoiando o trabalho das EqSF na solução das inúmeras dificuldades do cotidiano, gerou a curiosidade em identificar se os ACS percebem as redes de apoio social, em seu trabalho, nesse tipo de aglomerado populacional. Decidimos investigar se as atividades desenvolvidas e vivenciadas por eles e pelos demais moradores, nas igrejas, vendinhas e praças, envolvendo o compartilhar cuidados com a saúde e medidas de promoção e prevenção, são identificadas e percebidas como participação em redes de apoio social.

Nosso interesse é perceber se essas redes estão ou não incorporadas ao seu cotidiano de trabalho, e como os ACS fazem uso da solidariedade, do apoio mútuo e do convívio nas comunidades, para proteger e manter a saúde.

Através desta pesquisa, pretendemos fornecer subsídios aos ACS da EACS do ABV, e de outras comunidades com características semelhantes, na busca de soluções factíveis para as situações encontradas em seu processo de trabalho.

Escolhemos os ACS como sujeitos da nossa pesquisa porque na EqSF geralmente são esses profissionais os que têm dupla inserção nas redes de apoio social: são ao mesmo tempo cidadãos/ moradores nas comunidades e profissionais/ trabalhadores de saúde. Acreditamos que esta situação particular, possivelmente facilita o conhecimento dos recursos locais, do saber popular, das demandas e necessidades da comunidade, e dos protocolos que orientam o trabalho da EqSF, em particular o do ACS.

Existem poucas publicações que exploram as várias dimensões das redes de apoio social e não encontramos na literatura pesquisada pela Internet, base de dados local, livros e periódicos nacionais, nenhuma que tivesse por objeto sua inserção no trabalho dos ACS. Portanto, entendemos que existe a necessidade de se estudar a percepção dos ACS sobre a existência dessa inserção e de se buscar compreender como ocorre sua utilização.

Essa dissertação é um estudo exploratório, busca, conhecer a compreensão do significado das redes de apoio social, para os ACS, e as possibilidades de sua inserção em seu trabalho. Foi dividida em seis capítulos. O capítulo dois, em seus dois eixos temáticos, aborda o surgimento do SUS, a definição de redes sociais e redes de apoio social, e discorre sobre a participação de usuários e profissionais em redes de apoio social e no controle social. O terceiro capítulo descreve a

metodologia escolhida para analisar se os Agentes Comunitários de Saúde da EACS do ABV identificam, percebem e incorporam as redes de apoio social no seu trabalho cotidiano. No quarto capítulo, apresentamos e analisamos os resultados e no quinto nossas considerações e sugestões.

2 REVISÃO DOS CAMINHOS PERCORRIDOS

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS REDES DE APOIO SOCIAL

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, foi convocada para discutir as propostas do movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira. Os atores envolvidos na formulação de seu relatório defenderam a descentralização das ações, dando a Estados e Municípios poder de decisão local; a universalização do acesso à saúde e o exercício do controle social sobre os serviços oferecidos. A importância da Reforma Sanitária Brasileira está fundada na participação de atores de vários segmentos sociais em aliança com técnicos em saúde na construção de um sistema único (Cordeiro, 2005).

Segundo Paim (2001), a Reforma Sanitária “valorizou o financiamento, a gestão e a infra-estrutura”, deixando em segundo plano as questões de formação de recursos humanos e a educação permanente. No entanto, teve o mérito de ser a base da criação do SUS.

A Constituição federal de 1988, e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) instituíram o SUS, com a proposta de termos no Brasil, um sistema de saúde de acesso universal e que garanta a todos o direito de receber ações e serviços em todos os níveis de atenção a saúde incluindo: promoção, prevenção recuperação e reabilitação. No artigo 196 da Constituição se lê:

[...] saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988)

A Lei 8142/90 orienta o controle social através da participação popular no controle da formulação e execução das políticas públicas para a saúde. Atualmente o controle social está ancorado nos Conselhos de Saúde estabelecidos como instâncias formais de participação das comunidades no planejamento e controle das ações em saúde (Fontes, 2007). Eles foram criados para ser espaços de decisão e debate das políticas e ações de saúde e, exercem atribuições de natureza deliberativa, fiscalizatória e/ ou consultiva, como forma de tentar garantir ao usuário, o direito de opinar sobre as questões de saúde. Ressaltamos que na proposta de controle social através dos conselhos:

[...] o desenho do modelo é bastante complexo: desde a base (os municípios [...]) até o topo da hierarquia (a Federação) são introduzidos mecanismos de participação popular, com os Conselhos de Saúde, formados por representantes da sociedade civil. Estes conselhos e as Conferências de Saúde definem a agenda da saúde pública no país. (Fontes, 2007, p.96)

A hierarquia dos conselhos de saúde se distribui em três níveis: Federal, Estadual e Municipal. Nos municípios de grande porte encontramos o Conselho Municipal dividido em Conselhos Distritais, que atuam em áreas adstritas. No Município do Rio de Janeiro os Conselhos Distritais estão vinculados às áreas de Planejamento (APs). Este estudo foi realizado na AP 2.2, e a sede do Conselho Distrital está situada no mesmo prédio da Coordenadoria de AP, na Rua Conde de Bonfim, 764. As reuniões, do Conselho Distrital da AP 2.2, acontecem na terceira segunda- feira de cada mês e são abertas ao público.

No Município do Rio de Janeiro encontramos cinco APs, em que foi dividido administrativamente o território da Cidade. Lembramos que para a área da

saúde algumas APs se subdividem perfazendo dessa forma um total de dez áreas, cujos bairros estão relacionados no anexo A:

- **AP 1** – I, II, III, VII, XXI e XXIII RA

- **AP 2: AP 2.1** - IV, V, VI e XXVII RA e **AP 2.2** - VIII e IX RA.

- **AP 3: AP 3.1** - X, XI, XX, XXIX, e XXX RA; **AP 3.2** - XII, XIII, XXVIII RA e **AP 3.3** - XIV, XV, XXII e XXV RA.

- **AP 4** – XVI, XXIV e XXXIV RA.

- **AP 5: AP 5.1** - XVII e XXXIII RA, **AP 5.2** - XVIII e XXVI RA e **AP 5.3** - XIX RA.

Pela Lei 8142/90 cabe aos conselheiros, (na AP 2.2 são atualmente setenta e dois), eleger por voto paritário a presidência do conselho a cada dois anos. De preferência, a presidência dos conselhos de saúde não deve ser ocupada por gestores (Brasil Lei 8142/90). Os conselheiros, dos três segmentos, exercem a função de delegados, tendo direito de votar as propostas apresentadas nas conferências Distrital, Municipal, Estadual e Nacional de Saúde. Outra de suas funções é sinalizar as demandas e cobrar dos gestores serviços de qualidade, sempre dentro dos princípios e prerrogativas do SUS.

Várias foram as dificuldades operacionais encontradas para a implementação das leis 8080 e 8142/90. Então, como apoio para à operacionalização do SUS surgiram as Normas Operacionais Básica (NOBs) 91, 93 e 96 e posteriormente, em janeiro de 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). O objetivo dessas normas é possibilitar a administração do SUS pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal.

A reorganização da atenção à saúde no Brasil demandou várias políticas, dentre elas a ESF (Brasil, 2006). A ESF foi implantada no Município do Rio de Janeiro em 1996, na AP 1.0, na Ilha de Paquetá (XXI RA), onde uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde cadastrou as primeiras 1705 famílias na estratégia. As primeiras EqSF foram implantadas em 1999, nas APs 2.1, 2.2, 3.1, 4.0 e 5.2.

No quadro abaixo temos a evolução do número de cidadãos cadastrados desde 1996 até dezembro de 2008 em equipes de ESF e EACS no Rio de Janeiro.

QUADRO 1 – EQUIPES de ESF e EACS no município do Rio de Janeiro, por ano de implantação e cobertura de cadastrados.

AP	Nº DE FAMÍLIAS	Nº DE CIDADÃOS	ANO DA IMPLANTAÇÃO	Nº DE EACS	Nº DE ESF	OBS
1.0	1705	4653	1996	1	-	
3.1	s/ inf	s/inf	1997	s/ inf	s/ inf	Projeto Maré
2.1, 2.2, 3.1, 4.0, 5.2	12020	41991	1999	0	12	
3.1, 3.3, 4.0, 5.3	9156	33219	2000	10	10	
1.0, 2.2, 3.1, 5.1, 5.2	15207	63539	2002	9	1	
2.2, 3.1, 3.3, 5.1, 5.2, 5.3	44716	152993	2003	11	5	
2.2, 3.1, 3.3, 5.1, 5.2, 5.3	51405	169957	2004	10	34	
2.2, 3.1, 3.3, 5.1, 5.2, 5.3	36165	129199	2005	2	40	
2.2, 3.1, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2, 5.3	19856	59880	2006	0	22	
1.0, 2.1, 3.1, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2, 5.3,	56071	185068	2007	3	82	
3.2, 5.2	Informação parcial 3033	Informação Parcial 9756	2008	1	16	Última unidade em 23/12/08
Total	Informação parcial 249334	Informação parcial 850255	2008	47	222	Existem 76 equipes incompletas

Fonte: Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde da SMS, 2008

Segundo Conill (2008), a envergadura e a continuidade da implementação da ESF no Brasil “fazem com que esse programa venha a se constituir num caso particular da aplicação de uma política de atenção primária num país de inserção periférica na economia mundial”. E, como tal, a ESF se apresenta, ainda segundo a autora, como uma possível resposta às contradições do sistema de serviços oferecidos e do contexto social brasileiro, ao propor a distribuição e o uso racional dos serviços e práticas democráticas na saúde.

A estratégia saúde da família “pressupõe que a integralidade² significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial” (Cecílio, 1999). Sua gestão é tripartite e o nível federal tem responsabilidade de: elaborar diretrizes da PNAB; co-financiar a AB; ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para controle, regulação e avaliação da AB e manter as bases de dados.

Nesse contexto, em 1998, o MS desenvolveu os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família (Gil, 2005), pelo Núcleo de Estudos de Políticas de Saúde. Além disso, o MS em parceria com o Ministério da Educação³, criou o Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde, que vem sendo oferecido em parceria com as Escolas Técnicas Federais. Na CAP 2.2, o módulo I foi cursado por 90% dos ACS de seu quadro durante o segundo semestre de 2008.

Ao nível de gestão estadual cabe: coordenar a execução das políticas de recursos humanos, (incluindo a capacitação e formação permanente de recursos humanos e oferta de cursos de especialização e residência); acompanhar a

² Integralidade: princípio pelo qual a assistência é entendida como um conjunto de ações e serviços que devem ser oferecidos em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde no sistema (Brasil, 2000).

³ Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, através da Lei Federal nº 9.394/96, Decreto Federal nº 5.154/2004, Parecer do CNE/CEB nº 16/99 e Resolução CNE/CEB nº 4/99, criou o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

implementação e execução das ações voltadas para à saúde; regular as relações intermunicipais; co-financiar as ações da AB e auxiliar na execução de estratégias de avaliação da AB.

A esfera gestora municipal é responsável por: definir e implementar o modelo da AB, (inclui a implantação e manutenção das EqSF); manter a gestão e gerência da rede de Unidades Básicas (da ESF ou tradicionais) ; co-financiar as ações de AB; alimentar os sistemas de informação e avaliar o desempenho das equipes.

Cabe também aos municípios pactuar os Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – prioridades e objetivos (SISPACTO⁴). O Município do Rio de Janeiro pactuou para a Prioridade V, desses indicadores, que é a Promoção da Saúde, um total de dez objetivos. Dentre esses objetivos, os de número I, II, e III, estão relacionados à Estratégia Saúde da família (ESF) e são:

I - Garantir que a ESF seja a estratégia prioritária da AB e orientadora dos Sistemas de Saúde considerando as diferenças loco regionais.

II - 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 comunidade, prioritariamente para profissionais da ESF.

III - Ampliar e qualificar a ESF nos municípios brasileiros por meio do cumprimento dos princípios estabelecidos na PNAB: acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, territorialização e adscrição de clientela, responsabilização e humanização.

A construção e a pactuação de indicadores de saúde são uma maneira de qualificar as informações disponíveis para que o Estado e os usuários possam

⁴ Planilha completa disponível no endereço: www.saude.gov.br/sispacto.

exercer a avaliação e o controle da oferta de ações possíveis e necessárias para qualificar o funcionamento dos serviços oferecidos pela ESF e estabelecer as redes formais de atenção à saúde. Segundo Conill (2008), oferecem também um modo de estudar o impacto da ESF nos indicadores de saúde das áreas adstritas.

A decisão de aderir a ESF nos municípios é política, envolve os gestores locais e os Conselhos Municipais de Saúde. Para a adesão o município precisa estar habilitado em alguma condição de gestão prevista na NOB/93 ou na NOB/96, e optar pela ESF para a reorientação da AB.

O primeiro passo para a implantação da ESF em um município é a sensibilização para a estratégia através da discussão dos seus princípios, diretrizes e bases operacionais. A seguir vem a divulgação e a elaboração do projeto de implantação das equipes, que deve ser submetido e apreciado pelo Conselho Municipal de Saúde. Essa fase do processo é uma importante contribuição para a organização dos sistemas de controle social locais, porque exige a criação do Conselho Municipal de Saúde antes da implantação da ESF. Depois de aprovado nessa instância, o projeto deve ser encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde, onde será analisado e submetido à Comissão Intergestores Bipartite (NOB/96).

Na busca por motivar os municípios para a adesão à estratégia foram criados incentivos financeiros, provenientes de recursos federais. Os recursos são repassados diretamente aos municípios de acordo com o número de equipes implantadas e o modelo de equipe adotado.

A ESF apresenta, no Brasil, três modelos de equipe, a saber: (1) a equipe com Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e equipe de saúde bucal (Cirurgião Dentista, Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Cuidados Dentais); (2) a equipe sem a saúde bucal; e (3) a equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de

Saúde, na qual uma Enfermeira trabalha com até 30 ACS, tendo como referência para consultas médicas e odontológicas, uma Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde. Essa unidade é determinada por sua proximidade geográfica e deve oferecer percentual de agenda para o atendimento das demandas que emergem do trabalho das unidades de EACS aos quais está relacionada.

A ESF propõe a inclusão dos determinantes políticos, econômicos e sociais na pauta de discussão sobre a atenção à saúde e ressalta a importância da corresponsabilidade do usuário, sua família e sua comunidade na garantia do direito constitucional, estabelecido em 1990. Dentro dessa proposta, está implícita uma mudança de atitude e dos padrões de comportamento dos profissionais em seu pensar e agir, o que segundo Leoni (2002), acontece de forma natural quando os trabalhadores se envolvem na proposta de trabalho dos espaços onde exercem suas funções.

A ESF inclui o estímulo à participação comunitária, de forma a favorecer a construção e implementação de práticas mais efetivas na atenção a saúde, e a “fazer do controle social um aliado importante dos esforços de melhoria da qualidade dos serviços (Cecílio, 1999)”.

A ESF foi adotada no Brasil, na forma de um Programa, que operacionaliza a política de focalização da AB, nas populações com maior dificuldade de acesso ao SUS. A proposta aponta para a possibilidade de intervenção nos determinantes dos processos de adoecer e de ter a doença agravada através de ações de promoção e prevenção orientadas, ainda segundo a portaria GM nº 648, pelo deslocamento do foco meramente biológico das questões de saúde.

Na ESF, a participação em redes de apoio social surge como instrumento para dar suporte a relação das EqSF com as questões de saúde das áreas adstritas a que atendem (Cadernos de Atenção Básica, nº 19, 2006). Nela, a co-responsabilidade é um instrumento importante para se qualificar a atenção prestada pelos serviços, no processo de manutenção da saúde e de cuidado na doença. Assim, as atividades desenvolvidas no trabalho das EqSF, pressupõem um processo de trabalho onde a comunidade se torna co-responsável na busca por uma vida mais saudável.

Uma assunção básica da ESF é que o usuário, sua família e os profissionais da equipe participem efetivamente da atenção a saúde, que vai propiciar qualidade de vida para as pessoas e não apenas acrescentar anos a sua vida (Caderno de Atenção Básica nº 19, 2006). Qualidade de vida é um conceito que tem definição subjetiva, depende da visão pessoal, da cultura e do ciclo de vida de cada um. Como conceito mais geral, está relacionada ao atendimento das necessidades básicas, como morar, comer, acesso a educação e a cuidados de saúde, mas também é possível relacioná-la com sustentabilidade⁵, prática de exercícios físicos, espiritualidade e participação social (Santos, 2006, *apud* Heerdt, 2005).

No entanto, era preciso reunir conteúdos para instrumentalizar e auxiliar a prática dos profissionais que atuam ou que vão atuar nesse nível de atenção. Então, na adoção da ESF, o MS produziu e publicou a primeira série de Cadernos de Atenção Básica. Seus conteúdos se baseiam no trabalho desenvolvido pelos Pólos de Capacitação e Formação em Saúde da Família das Secretarias Estaduais, os

⁵ Segundo Santos (2006), a sustentabilidade, emerge como relacionada a qualidade de vida por estar relacionada a garantir os recursos naturais, evitando a produção de desperdícios. Os exercícios físicos aparecem desde os anos 70, no sentido mais restrito da qualidade de vida, o da sua associação a ausência de doença, mesmo que as atividades físicas sejam desenvolvidas em grupo.

protocolos e rotinas operacionais e gerenciais neles descritos possibilitam o planejamento, a organização e o desenvolvimento das atividades das equipes. Nos Cadernos, especialmente no de número 19 (Brasil, 2006), as redes de suporte social são frequentemente citadas como instrumento na promoção do apoio social.

As redes de apoio social também são descritas como possibilidade de “realizar a prevenção através da solidariedade e apoio mútuo” (Valla, 1992).

Na ESF as EqSF são orientadas a nortear suas atividades e ações prioritárias por um diagnóstico situacional e pelo perfil epidemiológico dos territórios adstritos onde atuam (Cadernos de Atenção Básica, nº 3). Convém ressaltar que esse diagnóstico inclui identificar as redes de apoio social existentes, sejam as formais, onde a troca é fundada no direito ou no mercado, ou as informais, onde a troca é fundada basicamente na solidariedade e apoio mútuo (Teixeira, 2005).

O trabalho das EqSF tem como proposta ações e atividades individuais e coletivas que atuam, não apenas na assistência à saúde, mas também nas realidades culturais e sociais das comunidades. Dentre estas ações e atividades, os Cadernos de Atenção Básica (Brasil, 2006) enfatizam as que são desenvolvidas em grupos de convivência e cuidado, e a participação nas redes de apoio social.

Dessa forma, conhecer a estrutura das principais redes apoio social locais e identificar o estoque de recursos ali existentes, inclui conhecer a frequência em que os membros das redes se relacionam e em que termos. Assim, as equipes poderiam cuidar de cada família em seu contexto numa “intercessão partilhada entre usuário e profissional” (Rodrigues, 2002).

Mas o que são redes sociais? E redes de apoio social?

Afirmando que “a origem da noção de redes sociais têm como base os campos da sociologia, antropologia, informação e comunicação”, Acioli (2007) nos

ajuda a refletir sobre a identificação de redes nas comunidades estudadas. A expressão redes sociais têm definições variadas, mas sua concepção básica envolve a idéia de “configuração de vínculos entrecruzados e conectados as ações das pessoas e instituições da sociedade” (Acioli, 2007, apud Barnes, 1972, p. 29).

Falar de redes sociais é falar do conjunto de relações que um indivíduo percebe como significativas, em um território (Dias, 2007), sempre com a imagem de um tecido que é construído pela participação de todos. Costa (2005, p.247) defende que “é cada indivíduo que está apto a construir sua própria rede”. Essas redes se estabelecem por relações horizontais, interconexas e dinâmicas, supondo a participação, colaboração, vontade e afinidade de seus membros (Sousa, 2006)

As redes sociais podem ser estudadas de forma sistemática, porque expressam de forma contínua, a interlocução entre partes identificáveis de um sistema e o potencial de contribuição para o crescimento de cada participante (Castro, 2008). Podem se formar a partir do momento em que grupos ou indivíduos entram em contato pelo partilhamento das mesmas mensagens ou informações, e contribuem para ampliar a quantidade de “vozes” possíveis de integrarem uma discussão pública, originando, assim, um fórum cívico para o debate pluralista (Maia, 2004).

Conceitualmente, uma das assunções básicas que fazem parte da noção de redes sociais é que sua descrição tem origem na Antropologia Social. São as redes se interagindo e se influenciando que fazem surgir as ações coletivas e as interações sociais, territoriais, informais e formais. Assim, as redes podem ser facilitadoras “dos caminhos percorridos pela informação” (Acioli, 2007. p.8).

Uma das possibilidades que se apresentam, ao se propor a incorporação das redes de apoio social às atividades das EqSF, é a de compreender as variações da

“interação humana de modo mais amplo” (Costa, 2005). Dessa forma a interação entre os moradores pode sugerir a possibilidade de considerar a participação comunitária e o controle social, como caminhos para a transformação individual e coletiva, o fortalecimento das comunidades⁶ e o exercício da cidadania.

Supostamente, no processo de reorganização da AB, “(...) a organização social, com ênfase nas redes de apoio social, poderá melhor contemplar as necessidades político-sociais na institucionalização do SUS” (Meirelles & Erdman, 2006). No entanto, consideramos importante enfatizar que os mecanismos sociais e a participação comunitária não são simples e não podem ser vistos como substitutos do papel do Estado na atenção a saúde (Fontes, 2007).

Ao estudar as redes de apoio social e seu significado no trabalho dos ACS, precisamos estar atentos a fatores que são importantes para a análise de redes: seu tamanho, a multiplicidade e a qualidade das relações e a importância dos papéis individuais definidos por seus participantes (Acioli, 2007). Assim, é necessário lembrar também, que: “Na vida real as pessoas que moram no mesmo povoado ou vizinhança nem sempre têm os mesmos interesses ou se dão bem” (Brasil, 2000).

Para Teixeira (2005), participamos de redes desde quando nascemos. Segundo o autor, nossa primeira rede de apoio social é primária, são nossos parentes, amigos e vizinhos. Nesse tipo de rede, o que circula é a reciprocidade, a solidariedade, o interesse mútuo. É esse viver a vida que vai de carregar uma sacola de legumes até o chegar à consulta marcada com o especialista em outro bairro, ou ter quem pegue as crianças na escola. Nessas redes, a família, amigos e vizinhos se

⁶ Costa (2005), defende que o termo comunidade implica em uma “obrigação fraterna de partilhar talentos”, na medida da necessidade de cada um.

envolvem em prestar ajuda e compartilhar informações, estima, apoio instrumental e acompanhamento social (Martins, 2005).

As redes de apoio social podem ainda ser secundárias quando formadas por instituições sociais com existência oficial, prestando assistência em saúde, educação ou outras, como os serviços oferecidos pelo Estado e a segurança social, onde circule a troca fundada no direito. São as redes “institucionais com composição pré-definida” (Acioli, 2007).

São denominadas secundárias do terceiro setor, as redes descritas por Teixeira (2005), como formadas por organizações da sociedade civil que não visam lucro, como as associações, cooperativas sociais e outras, onde circule o intercâmbio do direito e da solidariedade.

Por último, podem ser consideradas secundárias de mercado quando exercerem atividades econômicas rentáveis, vendendo serviços como o transporte de crianças para a escola ou mães crecheiras.

Ainda segundo Teixeira (*op.cit.*), todas essas redes podem ser usadas como instrumento para facilitar a inclusão, a intersetorialidade e a integralidade, desde que haja consenso entre seus atores, sobre quais pessoas ou instituições estão disponíveis para fazer parte da rede. Convém ressaltar que as unidades em uma rede podem não ser necessariamente indivíduos, mas também grupos como as associações, organizações e outros (Acioli, 2006).

Afirmando que redes de apoio social “só podem ser construídas com base na confiança mútua, e a construção dessa confiança está relacionada com a capacidade que cada um tem de se relacionar com os outros”, Costa (2005) cita ainda que ao participar de redes, cada um de nós tem a oportunidade de nos confrontarmos “de algum modo com nossas próprias preferências”. Porém, é preciso

refletir o fato de muitos moradores nada terem de palpável a ganhar ao participarem das redes (Costa, 2005), o que pode ser um obstáculo à sua disponibilidade para participar.

Segundo Nogueira (2002), a inserção de usuários e dos profissionais que deles cuidam, em redes de apoio social, de cuidado, lazer, produção de renda e outras, pode motivar uma ressignificação do sentido da vida. Um modo diferente de perceber a responsabilidade de cada morador, da comunidade e do Estado, em relação à atenção a saúde.

Todavia, a participação nas redes de apoio social envolve uma discussão que transcende sua utilização como instrumento para a construção de atividades e intervenções facilitadoras para o trabalho dos ACS. A experimentação ativa e compartilhada pode ser uma oportunidade para mudanças de hábitos de vida, o controle de fatores de risco e a crença na saúde como conquista de sujeitos sociais. O entendimento dos direitos a saúde garantidos pela criação constitucional do SUS pode decorrer daí, e ter como consequência o fortalecimento, a participação e a autonomia das pessoas no cuidado com sua saúde. É nessa luta coletiva para o melhor entendimento dos processos de adoecer, de cuidar e do aumento da auto-estima que cada um tem a possibilidade de reordenar a busca por espaços de valorização da sua saúde (Almeida, 1999).

As redes sociais como apoio estão relacionadas à responsabilidade das pessoas sobre suas vidas e sua falta pode se constituir num fator de risco para o aparecimento e desenvolvimento de doenças (Wallerstein & Bernstein, 1988). São as redes de apoio social que permitem que as pessoas de todas as classes sociais desenvolvam sua capacidade de lutar coletivamente, para transformar a si mesmos e ao mundo. Mostram novas formas de viver suas realidades, de se ampararem e de

buscarem seus direitos como cidadãos, de “se aproximarem de uma situação de qualidade de vida que favoreça a saúde de todos” (Morosini, Fonseca & Pereira, 2007).

A participação em redes de apoio social pode facilitar o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, na busca pela saúde, quando apontam alternativas para os “fluxos de recursos entre seus membros” (Costa, 2005). Esses recursos incluem o acolhimento, o vínculo, a promoção da autonomia e a proteção da vida (Souza, 2006) As redes de apoio social apresentam essa possibilidade quando:

[...] se baseiam nos recursos humanos e materiais com que conta a população para estimular a independência e o apoio social, que reforcem a participação pública e o controle das questões sanitárias. (OMS, 1986:370)

Ao estudar a existência de redes de apoio social nas comunidades do Alto da Boa Vista, e a participação dos ACS nessas redes, é interessante lembrar que pelo princípio da integralidade, os profissionais de saúde precisam reconhecer a associação que existe entre os processos determinantes da saúde e do adoecimento, as relações intersetoriais existentes e a forma como o controle social é exercido nas comunidades onde atuam (Carvalho, 2004).

O conceito de apoio social investigado em vários estudos, inclusive estudos epidemiológicos⁷, não se traduz em valores. Apoio social se relaciona com o grau de disponibilidade e a qualidade com que as relações interpessoais correspondem à realização de determinada função (Sousa, 2006). As funções do apoio social estão distribuídas, segundo os diversos autores pesquisados, em cinco grandes dimensões: emocional, informacional, material, afetiva e de interação positiva. Essas

⁷ Os estudos epidemiológicos são usados em pesquisas quantitativas, para o diagnóstico local de saúde, avaliação dos serviços e da qualidade da assistência, da eficácia/efetividade de tratamentos individuais e ações de saúde pública e para o estudo de fatores de risco/proteção para agravos à saúde, dentre outros. (Reichenheim; Moraes, 1998).

relações são descritas como um processo recíproco, propositivo, que segundo Sousa (*op.cit.*), têm possibilidade de oferecer efeitos positivos sobre a saúde, individual ou coletiva, num processo que envolve a relação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Dentre as diversas possibilidades encontradas na literatura, optamos por basear nosso estudo na definição de apoio social que Valla (1998) apresenta ao afirmar que apoio social é:

[...] qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam uma das outras. (Valla, 1998, p.156)

A escolha desta definição para apoio social está vinculada também à afirmativa de Martins (2005), sobre as redes de apoio social, quando diz que essas redes são ligações que se estruturam como sistemas de apoio para manutenção e promoção da saúde e o partilhar de recursos entre pessoas, visando ajuda concreta.

Falar sobre redes de apoio social é perceber a saúde como um bem coletivo que depende de cada um e dos vínculos de solidariedade que os indivíduos traçam com seus próximos (Morosini, Fonseca & Pereira, 2007).

A essas reflexões juntamos nossa experiência no trabalho em comunidades iniciado em 2001, junto a unidade de ESF Borel. Nessa oportunidade e posteriormente no trabalho de supervisão da EACS do ABV, percebemos que é possível o apoio social em rede, entre os moradores que convivem na realização do dia a dia da vida.

Acreditamos que essa forma de apoio possa facilitar a busca por soluções factíveis para as pequenas e as grandes dificuldades do cotidiano dos moradores.

Essas dificuldades vão desde as mais simples e rotineiras até as de difícil resolução, como por exemplo, o cuidado domiciliar de um idoso. Assim, é possível que dessa forma compartilhada se construa “a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas” (Carvalho, Acioli & Stotz. 2001).

Um dos grandes desafios do modelo assistencial, proposto no SUS é reconhecer, no trabalho do ACS, a possibilidade da inserção das redes de apoio social como estratégia que facilite aos moradores a troca de saberes e a construção da cidadania (Stotz, 2005).

2.2 O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: SUA PARTICIPAÇÃO COMO USUÁRIOS E PROFISSIONAIS.

A profissão de ACS foi regulamentada em 2002 pela lei 10.507, que foi substituída em 2006, pela lei 11350 (ANEXO F), mas seu trabalho é descrito, desde 2000, no Caderno de Atenção Básica nº 1 como tendo um papel específico de fazer a ponte entre o saber científico e o popular. Além disso, o ACS tem como atribuição:

[...] desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos à família [...] articulação de ações intersetoriais; promoção da mobilização dos moradores e o desenvolvimento de cidadania. (Fortuna, 2005)

As atividades de promoção da saúde desenvolvidas pelos ACS são relacionadas com cada indivíduo e com a comunidade como um todo (Brasil, 2006). Espera-se do ACS, o estímulo para as atividades promotoras de saúde e o

compartilhar de conhecimentos, que geram novos saberes e facilitam a escolha de caminhos que são possíveis para a solução dos problemas. Que ele promova a participação e o envolvimento de profissionais e moradores na busca de soluções eficazes e de baixo custo para os problemas encontrados na comunidade.

Concordamos com Torres (2003), quando diz que soluções que possibilitam a troca de informações e o compartilhar de experiências comuns auxiliam no entendimento das situações de saúde e de doença, permitindo aos moradores “expressar dúvidas e expectativas e possibilitando o apoio mútuo”.

Por isso, uma das reformulações propostas pela ESF, é que o trabalho dos ACS promova mudanças na “produção propriamente dita dos serviços operando ações (...) sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população” (Fortuna, 2005). Faz parte de seu trabalho propor atividades que se modifiquem, num processo de trabalho dinâmico, criativo e resolutivo, como por exemplo, as atividades dos grupos. Essas atividades precisam manter o interesse dos moradores, sendo variadas, interessantes, e apresentando e discutindo os resultados alcançados.

As atividades, que se destinam a construção desse novo modelo de cuidar da saúde, se fortalecem quando a EqSF favorece a participação do usuário, sua família e da comunidade, no planejamento, execução e avaliação das suas práticas. O trabalho em equipe pressupõe a participação dos moradores no controle social dos serviços, e o ACS é um morador.

O grande desafio dos ACS, ao fazer parte da EqSF, como trabalhador de saúde é participar de atividades que visem a mudança do modelo assistencial, levando em conta que a EqSF lida cotidianamente “com problemas tão diferentes e que cuidam de indivíduos e comunidades em seus ambientes” (Gil, 2005).

Na ESF, os profissionais, dentre eles o ACS, precisam ter sua identidade profissional e social construídas sobre o alicerce dos saberes técnicos e sociais, identificados em suas inúmeras atribuições (Caderno de Atenção Básica nº 1, 2000):

- realizar mapeamento de sua área;
- cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- identificar indivíduos e famílias expostos às situações de risco;
- orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário;
- realizar, através da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- estar sempre bem informado e informar a EqSF sobre as situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco;
- desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, dentre outras;
- traduzir para a EqSF a dinâmica social, suas necessidades, potencialidades e limites.

No Programa de Saúde da Família, os ACS, em seu duplo e por vezes ambíguo papel de usuários e profissionais de saúde, são incentivados a buscar a autonomia individual e coletiva e a participar dos processos de decisão sobre as políticas públicas que são implementadas.

Este tema da autonomia aparece em Martins (2002), em seu livro sobre autonomia e educação. O autor afirma que a participação em uma atividade terá resultados mais positivos se sua motivação for o desejo de participar e não normas a

seguir. Por isso, o trabalho em equipe como preconizado pela ESF, está direcionado “a democratização da saúde e a construção de trabalhadores e usuários cidadãos” (Fortuna, 2005).

Pensar o desejo como motivação para a participação dos profissionais nas atividades, implica em problematizar os diversos motivos que levam os profissionais a optarem pelo trabalho na ESF. A opção dos trabalhadores de saúde pela ESF, incluindo aí os ACS, pode se dar pelos postos de trabalho criados, ter um emprego, ou pelo desejo real de ser formado e trabalhar de forma comprometida com a vida e a saúde (Paim, 2001), participando da reorganização do SUS.

Da mesma forma, o senso de oportunidade e não o desejo pode levar os gestores a optarem pela ESF, pautados na verba de financiamento para a implantação das equipes, e não na reorientação da AB e implementação de políticas que visem suprir as demandas de saúde das comunidades (Relatório Final da IX Conferência Municipal de Saúde, 2007).

Para entender esse paradoxo, é preciso lembrar que esses entendimentos são decorrentes também das diferentes formas de inserção dos diversos sujeitos que fazem parte das comunidades e das organizações de saúde, e cujos interesses nem sempre são coincidentes:

Assim, o dirigente tem uma visão mais governamental; (...) os trabalhadores de saúde estão interessados em salários, em boas condições de trabalho e, para um número expressivo deles, em seu aprimoramento profissional; os usuários estão preocupados com o acesso aos serviços, em serem bem recebidos e terem seus problemas resolvidos. (Cecílio, 1999)

Um fórum interessante para equacionar os diferentes interesses no nível local é o Conselho Distrital de Saúde. Na AP 2.2 detectamos uma ambiguidade no papel do ACS evidenciada pela sua participação, como usuário, no Conselho. Ou seja,

embora façam parte de EqSFs da área, os oito ACS que atuam como conselheiros na AP 2.2 são Membros Representantes dos Usuários do SUS (ANEXO D - D. O. RIO, 2008).

A participação dos usuários, como conselheiros com poder de voto, é paritária em relação ao conjunto dos representantes de prestadores de serviços públicos e privados conveniados e dos profissionais de saúde. A proporção de representantes é de cinquenta por cento de usuários, vinte e cinco por cento de profissionais de saúde, e vinte e cinco por cento de gestores prestadores de serviços públicos e privados. Essas proporções talvez ajudem a explicar porque os ACS são designados como membros titulares e suplentes do Conselho Distrital de Saúde da AP 2.2, indicados pelas associações de moradores de suas comunidades e não por suas equipes de trabalho.

Porém, cria o problema de um profissional da equipe de saúde votar como usuário, ou seja, estar envolvido com interesses que são na maioria das vezes conflitantes. Encontrar a saída para essa situação não parece fácil, acreditamos que será necessário um estudo sobre esse tema.

Existe o pressuposto de Wagner (2004) de que, ao se apropriarem de novos conhecimentos e dos recursos formais e informais existentes nas comunidades, incluindo as redes de apoio social, os profissionais terão a possibilidade de tornar seu trabalho mais eficiente, econômico e rápido. As redes de apoio social têm relação direta com o estoque de recursos, com as potencialidades e as necessidades identificadas pelos profissionais e moradores, como base para as decisões que são tomadas, por voto, nos Conselhos de Saúde.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, visando o estabelecimento de inferências sobre as atividades dos ACS no desempenho de suas atribuições. Está fundada no significado simbólico ou real que eles atribuem a essas vivências e na compreensão das variáveis existentes no seu trabalho cotidiano (Bardin, 2007).

Os métodos qualitativos de pesquisa em saúde, aplicados através do uso de instrumentos adequados, permitem investigar o contexto real de uma situação estudada (Minayo, 2006). De caráter exploratório, esta pesquisa investiga o trabalho dos ACS em uma unidade da EACS estabelecido no Município do Rio de Janeiro: o EACS do Alto da Boa Vista. Essa pesquisa busca articular a temática das redes de apoio social, cujo enfoque é restrito na literatura disponível, ao processo social real, cuja existência e características, influenciam a atuação deste grupo particular (Minayo, *op.cit.*).

O método usado nesta pesquisa foi entrevista individual, com roteiro semi estruturado (apêndice C), privilegiando a solicitação de exemplos de situações vivenciadas pelos ACS em seu cotidiano de trabalho, de modo a iluminar a presença das redes de apoio social e sua influência no trabalho concreto.

Na tentativa de minimizar os vieses na pesquisa inerentes à participação da autora na equipe do Grupo de Apoio Técnico (GAT) que apóia e supervisiona os módulos da ESF na área, foi escolhida para cenário de pesquisa uma unidade na qual a autora não atua diretamente como enfermeira supervisora dos ACS. Outro cuidado foi a dupla codificação das entrevistas: durante a gravação, cada entrevista

recebeu um código numérico, mas depois de transcritas as entrevistas foram identificadas aleatoriamente pelo nome de espécies da flora existente na Floresta da Tijuca. Dessa forma, a pesquisadora procurou manter a maior isenção possível na análise das falas (Coffey, 1996).

Escolhemos nomes de árvores e arbustos de vários portes presentes na floresta onde se insere o bairro Alto da Boa Vista e moram e trabalham os ACS que participaram da pesquisa. A escolha desses nomes foi simbólica, essas plantas possuem raízes que as sustentam e sustentam o solo. Seus galhos de diferentes tamanhos se cruzam e compartilham suas sombras; seus frutos e flores, mantendo a floresta viva. Por outro lado, as grandes árvores podem dificultar a penetração do sol e da chuva que facilitam a germinação das sementes.

Assim, doravante os ACS passam a ser chamados pelos nomes de grandes árvores e pequenos arbustos da área: Piqui, Ipê, Ingá, Buriti, Aroeira, Tiu, Umbaúba, Jatobá, Jacarandá, Mangaba e Chichá.

O roteiro de entrevista foi construído em três etapas: a primeira versão foi apresentada no exame de qualificação, quando recebeu críticas e sugestões da banca. A segunda versão foi respondida por duas enfermeiras dos EACS Turano e Formiga, respectivamente, recebendo novas sugestões, e a terceira versão foi a utilizada na EACS Formiga, como um pré-teste para as entrevistas da coleta de dados propriamente dita. Só então, as perguntas foram modificadas para o formato final da entrevista.

Escolhemos como cenário do pré-teste o EACS Formiga, porque tem semelhanças com o EACS ABV: também está situado na CAP 2.2, possui ACS que trabalham desde 2004 em áreas adstritas, e os ACS selecionados para o pré-teste participaram do treinamento introdutório em 2004, na mesma turma que os ACS da

EACS ABV. Foi importante os ACS terem participado do mesmo grupo no Curso Introdutório porque assim tiveram as mesmas oportunidades de compartilhar conhecimentos sobre a ESF e sobre as redes de apoio social desde o início de suas atividades. As entrevistas do pré-teste foram realizadas no EACS Formiga em duas tardes. Nesta fase de teste as entrevistas, tiveram duração média de uma hora e vinte minutos cada.

A análise das entrevistas do pré-teste demonstrou dificuldades na compreensão pelos ACS de algumas perguntas. A partir do pré-teste alteramos algumas perguntas e suprimimos as que não apresentavam relevância direta para os objetivos do estudo.

Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, foram respeitados os preceitos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil 2006), que dá as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa, foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, protocolo nº 68/2008, sendo apreciado e aprovado em 26/05/2008 (ANEXO C) .

Os ACS que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa foram informados de seus objetivos, por que foram selecionados e como se daria sua participação. Assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A) como garantia formal de sua livre escolha para participar do estudo (Víctora, 2000).

O primeiro passo para iniciar a coleta de dados foi solicitar a autorização para a pesquisa na Coordenadoria de Área Programática 2.2 (ANEXO E). Depois, comparecemos a unidade da EACS ABV em dia previamente agendado com a enfermeira responsável, para conversar sobre os dias da semana e horários mais convenientes para a realização das entrevistas de forma a interferir o mínimo

possível na agenda dos ACS. A pesquisadora compareceu a uma reunião da equipe, para informar o assunto da pesquisa e apresentar os critérios que selecionaram onze dos dezesseis ACS que trabalham na EACS ABV. Nesse dia, foram agendadas as datas para as entrevistas, dois ACS por turno de pesquisa.

Para a realização das entrevistas escolhemos uma sala do andar superior da unidade da EACS ABV. Uma ACS foi entrevistada em seu próprio domicílio por se encontrar em gozo de férias. Ao final de cada entrevista, agradecemos sua participação e informávamos sobre a proposta de um trabalho em grupo e uma exposição dialogada no dia 27/02/2009, na área de convivência da CAP 2.2, para apresentar para todos os ACS da EACS ABV e da EACS Formiga, os resultados da pesquisa e, através da interação grupal, debater esses resultados, e eventualmente, subsidiar a instrumentalização técnica dos ACS na incorporação do conceito de redes de apoio social, em seu trabalho cotidiano (Westphal, 2000).

Esta roda de conversa será gravada e seus resultados ficarão como subsídio para o cotidiano de trabalho dessas equipes e para futuros estudos sobre o tema abordado nessa pesquisa.

Foram incluídos na pesquisa os onze ACS (dois homens e nove mulheres), que atuam na EACS Alto da Boa Vista desde 2004. Eles foram selecionados dentro do grupo de quarenta e três ACS, remanescentes do universo de oitenta e dois contratados em 2004, que participaram do Curso Introdutório nesse ano. Todos acompanham famílias cadastradas em microáreas adstritas e trabalham com o número de famílias cadastradas dentro do preconizado pela ESF. Desse modo, pretendemos garantir comparabilidade das possibilidades de respostas sobre a atuação dos mesmos.

A entrevista semi estruturada teve como objetivo identificar como os ACS percebem seu trabalho e o papel das redes de apoio social. Foram usados como eixos orientadores da análise: o processo de trabalho dos ACS, a caracterização e tipologia das redes de apoio social descritas, se os ACS se percebem como participantes de redes de apoio social, possíveis benefícios para seu processo de trabalho e obstáculos.

As entrevistas individuais, dos ACS da EACS ABV, foram realizadas em outubro de 2008, com duração média de quarenta e cinco minutos cada, perfazendo um total de aproximadamente quinhentas horas de entrevista nesta fase, que foram transcritas na íntegra. A análise dos resultados partiu dos transcritos e baseou-se na técnica de análise categorial temática (Bardin, 2007). Com a transcrição e a categorização das falas obtidas, buscamos identificar os núcleos de sentido que têm relevância para o objeto do estudo (Minayo, 2006).

Analizamos o conteúdo das falas dos ACS, através de desmembramentos temáticos, frequenciais e quantitativos, com classificação e divisão dos temas nas categorias: características do trabalho do ACS; benefícios e obstáculos por ser morador; redes de apoio social – informal e formal; tipos de apoio social. A categorização apresentou relevantes informações sobre as práticas dos ACS em seu trabalho cotidiano. Abriu espaço para a formulação de hipóteses que permitiram a reconceitualização da questão norteadora, ao identificar que os ACS não utilizam as redes de apoio social, conforme descrito na literatura, como instrumento de trabalho. Com isso, poucos ACS relacionam quais valores e atitudes permeiam a utilização dessas redes.

Como cenário dessa pesquisa, escolhemos a EACS ABV, unidade que faz parte da ESF da Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. O

Município do Rio de Janeiro, apresenta segundo estimativa do IBGE para 2008 (pág. eletrônica atualizada em 29/08/08 às 13h46, consulta em 23/01/09 às 23h08), uma população de 6.161.047 pessoas. A AP 2.2 corresponde a uma pequena parte dos 1.182 Km do município, e conta com uma rede oficial de atenção à saúde composta por 32 unidades: dois hospitais universitários, duas unidades do Instituto Nacional de Câncer, um hospital geral federal, quinze unidades municipais atuando em diferentes níveis de atenção, duas unidades estaduais e dez unidades privadas contratadas.

A AP 2.2 abrange os bairros: Tijuca, Andaraí, Vila Isabel, Grajaú, Maracanã e Alto da Boa Vista, (SMS, 1999). Nesse último bairro está situada a EACS ABV.

O bairro apresenta uma população estimada (a fonte onde coletamos essa estimativa não é oficial), em 27 de dezembro de 2008, de 20.000 habitantes (Wikipédia.org/wiki/Alto da Boa Vista), dos quais 4.118 moradores estavam cadastrados pela equipe em 23 de outubro de 2008, no sistema de informação Gestão em Saúde da Família (GSF), (ANEXO B).

O Programa de Saúde da Família teve seu início na Área de planejamento 2.2, no ano 1999, contando com duas Equipes de Saúde da Família na comunidade do Borel. Em 2002 foram implantadas três equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Dentre elas, a do Alto da Boa Vista. A EACS ABV, já em 2002, começou a receber alunos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, do oitavo período, que participaram ativamente do processo de mapeamento das comunidades existentes no bairro.

Em 2004, o programa foi ampliado na AP 2.2, sendo a unidade da EACS da Casa Branca transformado em ESF. Em 2005, o Borel, passou a contar com três EqSF e foi inaugurado o ESF do Parque Vila Isabel com duas equipes. O número de

agentes comunitários atuando nas unidades de EACS foi ajustado às necessidades apontadas pelo mapeamento feito pelos ACS, junto com as Enfermeiras, e no caso específico do Alto da Boa Vista, com a participação dos alunos de graduação em Enfermagem da UERJ. A EACS ABV, que foi implantada com apenas quatro ACS, conta desde o mapeamento da área, com dezesseis ACS, atuando em sete comunidades do bairro.

Dos dezesseis ACS contratados para trabalhar na estratégia em 2004, três foram desligados porque os estágios de seus cursos universitários não permitiam o cumprimento da carga horária do trabalho, um por motivos relacionados a sua vida pessoal e a mais jovem por não se adaptar as dificuldades geográficas de sua microárea, uma das mais distantes da unidade.

Como condicionalidade da ESF esses ACS são moradores e atuam nas comunidades que se distribuem pelo bairro, que pertence a zona norte da Cidade. O Alto da Boa Vista está geograficamente localizado no topo do Maciço da Tijuca, possui amplas residências e ocupações irregulares, inclusive dentro da área da Floresta da Tijuca. Por isso, existe grande dificuldade de acesso a muitas das unidades habitacionais que os ACS visitam mensalmente, devido à topografia local e à distribuição das habitações em aclives dentro da mata, com acesso feito por escadarias e trilhas.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta e analisa os quadros síntese elaborados a partir da categorização dos temas mais relevantes, que emergiram das entrevistas. Assim, o capítulo está dividido em quatro subitens referentes as seguintes categorias:

- características das atividades dos ACS;
- benefícios e obstáculos por ser morador;
- redes de apoio social – formal e informal;
- tipos de apoio social.

Os quadros 2, 3, 4 e 5 sintetizam a apresentação dos temas e núcleos de sentido das falas dos ACS. As falas são citadas com pequenas correções gramaticais e alguns grifos da autora entre colchetes, para facilitar a compreensão do leitor.

As figuras 1, 2, 3, 4, e 5 são meramente ilustrativas da idéia de predominância das categorias encontradas.

4.1 SOBRE AS ATIVIDADES DOS ACS

As *atividades* dos ACS aparecem ancoradas em uma estrutura pré-determinada pela ESF, pela qual os ACS são instados a desenvolver funções de mediadores de saberes na comunidade onde atuam (PNAB Brasil, 2006). No entanto, no que se refere as redes de apoio social, não percebemos nos resultados,

formas de agir que se apropriassem dessa troca e por consequência, oportunizassem sua melhor identificação e utilização.

O modo de trabalhar dos ACS, mostrou-se fortemente condicionado pela realidade local e se divide em três eixos principais:

- como organizador do acesso aos serviços de saúde e outros;
- como vigilante dos riscos individuais, coletivos e ambientais;
- como controlador da aderência aos tratamentos e cuidados prescritos e/ ou orientados.

Assim, vimos a necessidade de analisar também a descrição que os ACS fazem sobre seu trabalho cotidiano onde os *benefícios* e *obstáculos*, por serem ao mesmo tempo usuários e profissionais, parecem indissociáveis.

Uma das atribuições específicas dos ACS, de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 1 (2000), é a de mapear o território da sua área de atuação. Esse mapeamento, dentre outros objetivos, busca identificar possíveis espaços para encontros e reuniões. É nesses espaços que as atividades em grupo podem acontecer e viabilizar o encontro das pessoas, possibilitando a formação ou fortalecimento de redes de apoio social (Nogueira, 2002).

Dois ACS abordaram o tema dos espaços para encontros: Ipê - “[atuamos] no próprio módulo [unidade de EACS] ou também em espaços cedidos pela comunidade, numa associação, numa igreja, um espacinho que a gente encontre, num campo, para poder estar fazendo, dependendo da atividade” e, Jacarandá - “associação, igreja, (...) tem que andar tudo unido, né? Tem que formar rede”. E acrescenta: “nós fazemos [as atividades de grupo] na associação de moradores, fazemos aqui no módulo, escolas, vários lugares. O que estiver aberto para a gente”.

Percebemos que o que unifica a idéia de espaços para desenvolver atividades de grupo, é que esses espaços precisam já estar abertos. Não encontramos qualquer fala que abordasse a idéia de como conquistar um espaço, embora a ESF seja identificada como processo de mudança e transformação de profissionais, moradores e comunidades.

Em nossas visitas à unidade, confirmamos que um dos impedimentos, mais apontados pelos ACS da EACS ABV, para a realização de mais atividades em grupo é justamente a falta de espaço próprio. Fica como uma contribuição para o grupo a nossa sugestão sobre a necessidade de reflexão sobre o tema, à luz das atribuições que o MS preconiza para os profissionais ACS.

Nas entrevistas destacamos algumas atividades que foram citadas como atividades em grupos: Aroeira – “fazemos grupos de estudo”. Buriti menciona palestra do corpo de Bombeiros na escola local: “[participam dos grupos] os moradores, os profissionais de saúde, algumas vezes nós vamos à escola, dependendo do trabalho, às vezes nós já solicitamos até o Corpo de Bombeiros para dar palestra sobre o meio ambiente, é muito variado”.

Mangaba e Ipê relatam experiências de inserção nas atividades desenvolvidas nas escolas municipais locais, citando essas experiências como exitosas, chegando mesmo a usar a palavra vínculo. Porém, observamos que o trabalho nas escolas, descrito pelos ACS, é fundado em atividades pontuais, voltadas para o cuidado em infestações comuns na infância, como por exemplo, a pediculose. Também são citadas atividades voltadas para a prevenção de algumas doenças transmitidas através de hábitos de higiene pessoal e/ ou ambiental inadequados, como por exemplo, a Dengue.

As atividades descritas parecem interessantes: jogos, montagem de maquetes e campanhas. No entanto, o objetivo é sempre restrito a prevenção de algum agravo, o que demonstra a perpetuação do modelo biomédico, já que os ACS não citaram qual o tipo de mobilização social que essas atividades provocaram nos escolares ou em suas comunidades.

Essas falas remetem a uma preocupação com a estrutura e conteúdo dos cursos introdutórios que são oferecidos aos profissionais, quando de seu ingresso na estratégia e com a educação permanente das equipes. Pela proposta da ESF, os conteúdos das atividades educativas devem ser norteados pelas necessidades de saúde identificadas, mas construídos em conjunto com os moradores, de forma a oportunizar a construção de objetivos comuns, decididos e desejados por todos. Os resultados encontrados parecem mostrar que existe dificuldade para o ACS articular essa teoria à sua prática, mesmo tendo, pela natureza de seu trabalho, o contato cotidiano com os moradores.

Não obstante as dificuldades encontradas em caracterizar as atividades em grupo, nas entrevistas aparecem evidências de que as EqSF têm possibilidade de planejar e implementar ações de promoção e prevenção: Aroeira - “procuramos estar sempre, conversando com as pessoas sobre educação em saúde (...) estar sempre colocando as famílias cientes dos perigos quando há algum local que não tem algum tipo de higiene ou algum esgoto a céu aberto (...)” e Ipê – “A gente faz promoção de saúde, prevenção, trabalho nas escolas, acompanhamento de idosos, hipertensos, gestantes, crianças, fazemos projetos para geração de renda, qualidade de vida, tirar a ociosidade das pessoas”.

Sobre a opção por trabalhar na ESF, alguns ACS informaram que o atrativo principal foi a proposta de *emprego formal*, num posto de trabalho criado na

comunidade (Paim, 2001). A maioria desconhecia a estratégia e a natureza das atividades que desenvolveriam em seu trabalho cotidiano: como informa Umbaúba - “Soube por acaso que tinha a inscrição, fui lá e fiz sem saber nada, fiz a prova, passei na entrevista”. Alguns informaram conhecer a estratégia de maneira superficial: conheciam os agentes, alguns recebiam visitas domiciliares, ou tinham familiares que recebiam, mas não relacionavam essas atividades com a ESF. Chichá descreve as visitas que recebia e afirma: “(...) até então, eu não conhecia direito, porque eu via as pessoas me visitarem, mas eu não me interessava muito”.

Essa busca da ESF, por ser uma opção de emprego, parece estar relacionada à reduzida oferta, nas comunidades, de postos de trabalho para adultos com baixa escolaridade, sem profissão definida. Para essas pessoas, o trabalho como ACS foi uma rara oportunidade de inserção no mercado formal: “fui me inscrever, eu pensei até que tinha limite de idade e tudo, aí eu cheguei lá e falou que não tinha (...) então eu me inscrevi e estou aqui trabalhando” - Chichá.

Encontramos em nosso estudo que os ACS trabalham em atividades de promoção e prevenção, diferenciadas em seus conteúdos e organizadas pelas demandas percebidas no dia a dia das visitas. Dentre essas atividades destacamos:

- conversar sobre educação em saúde;
- encontrar soluções factíveis para as dificuldades;
- identificar riscos individuais e coletivos;
- acompanhar e encaminhar moradores de acordo com as necessidades;
- participar da recuperação da saúde dos moradores;
- trabalhar com as comunidades de forma a diminuir as demandas para emergência.

Como exemplo escolhemos algumas falas como a de Jatobá que está relacionada à prevenção de agravos e danos: “A gente faz promoção de saúde, visita domiciliar de hipertensão, diabetes, crianças menores de um ano”; e a de Chichá que sugere que os ACS também encontram demandas não programadas “orientamos, visitamos ou a necessidade que surgir”.

Tiu, ao descrever seu trabalho como ACS, fala em educação para a saúde a partir de conversa, de compartilhar informação sobre os recursos disponíveis para a resolução das dificuldades e de orientação sobre cuidados com alimentação, higiene individual e ambiental. Mostra também conhecer os limites de sua governabilidade como ACS: “Meu trabalho é a orientação das famílias, é procurar orientar elas a se cuidarem na casa, cuidados com a alimentação, saúde, (...) pesquisar se ela esta se cuidando direito, se teve um sintoma aparente que a gente possa identificar para encaminhar, para estar passando no médico [sendo consultada na unidade de referência]. Caso precise, levar uma enfermeira para procurar saber, se a situação é caso de hospitalização ou é consulta”.

Outras falas incluem o enfrentamento das situações de risco, aos quais os moradores das comunidades acompanhadas estão expostos como, por exemplo: Piqui - “a gente acha muito importante o ambiente assim da casa em si, se a água é filtrada (...) se não está tendo casos de diarreia, (...) dando uma olhadinha se em algum lugar possa ter focos da dengue”.

O quadro abaixo sistematiza os temas e núcleos de sentido encontrados para facilitar a apresentação dos resultados sobre as atividades, habilidades e atitudes dos ACS, que são citados por Fortuna (2005) e pelos Cadernos de Atenção Básica (2000).

QUADRO 2: SOBRE AS ATIVIDADES, HABILIDADES, ATITUDES

Tema	Núcleo de sentido	ACS que representou melhor
Atividades dos ACS	<ul style="list-style-type: none"> • programadas; • de promoção de saúde e cidadania; • realizadas em grupo; • para prevenção de doenças; • para identificar riscos; • para solucionar problemas; • para diminuir demanda para as emergências. 	<p>Ipê</p> <p>Aroeira e Tiu</p> <p>Buriti</p> <p>Jatobá</p> <p>Jatobá</p> <p>Chichá</p> <p>Chichá e Piqui</p>
Habilidades Dos ACS	<ul style="list-style-type: none"> • comunicação; • escuta. 	Umbaúba
Atitudes dos ACS	<ul style="list-style-type: none"> • ética; • empatia; • criatividade. • governabilidade. 	<p>Ipê</p> <p>Tiu</p>

Fonte: Respostas da Pesquisa, 2008

É importante notar que o enfoque das falas está nos riscos individuais de adoecer ou ter a doença agravada. Mas nos exemplos da fala de Chichá, sobre verificar se as casas usam água filtrada, e no de Piqui, de procurar possíveis focos de dengue ou “algum esgoto a céu aberto”, a ação acaba refletindo para o coletivo.

Dois ACS mencionam a necessidade de diminuir as demandas por emergência, através da ESF: Piqui - “pra evitar que eles possam estar precisando ir a uma emergência por falta de alguma orientação [sobre como prevenir intercorrências]” e Mangaba - “Para orientar, para diminuir o índice de mortalidade,

diminuir também o índice de visitas de emergência nos hospitais”. Segundo a PNAB, essa é uma das principais apostas da ESF.

Falando sobre atividades voltadas para a recuperação da saúde, Buriti diz: “visitamos as casas, orientamos sobre os remédios, levamos enfermeiros quando necessário”.

Mas, só identificamos em Mangaba preocupação por não ter feito um evento de promoção da saúde em sua comunidade até a data da entrevista.

Destacamos que os ACS apresentam habilidades e atitudes como: comunicação, empatia e escuta. Um exemplo é a fala de Umbaúba: “pessoas idosas precisam de alguém sempre pra conversar, porque ninguém quer ouvir o idoso e o agente pára, para ouvir”.

Piqui relatou que, ao desconfiar que um morador idoso estava sendo negligenciado, tentou visitá-lo sozinho, com a enfermeira supervisora e com um médico do local. Não conseguiram a autorização da família para entrar no quarto do idoso, em nenhuma das três visitas. Não desistiu; tentou a visita em companhia de uma moradora, tiveram êxito e ainda a promessa da família de providenciar um local mais apropriado para o dia a dia do idoso. O ACS teve a idéia de pedir à enfermeira que checasse se, de fato, a família do idoso havia solicitado vaga no lar para idosos que existe no local. Diante da negativa, insistiu em voltar a essa casa e ver se conseguia ajudar de outra maneira. Essa situação demonstra a presença de atributos desejáveis para o trabalho do ACS propostos no Caderno de Atenção Básica nº 1, (Brasil, 2000): ética, empatia e criatividade.

Outro tema relevante que emerge das entrevistas são os limites de sua governabilidade como ACS: Tiu exemplifica esses limites ao descrever uma situação de risco, para a qual propõe procurar solução na rede primária do morador (família,

vizinhos e outros), levar a situação ao conhecimento de sua supervisora e seguir buscando referências até encontrar uma solução: “É no caso da mãe que não tenha renda, eu procuro saber a situação dela, se ela tem algum parente, alguém que possa apoiar ela. Não tendo ninguém ou tendo parente que não tenha renda também eu levo o caso à minha enfermeira e a enfermeira me orienta para a assistente social, pesquisa o caso [e busca as possibilidades de benefícios sociais].

Por outro lado, em uma longa fala, o ACS Ipê diz que seu trabalho não acontece no que ele entende como uma rede de apoio social, ele afirma que o agente comunitário trabalha muito sozinho. Fala também que se existisse realmente uma rede tudo seria muito mais fácil, teria um espaço, estrutura, menos improvisado, parceiros, material, as coisas funcionariam muito melhor. Não precisaria ficar pedindo para a enfermeira ou comprando de seu bolso alguns materiais.

Esse ACS descreve e lamenta a falta de recursos e até mesmo de espaço, mas não faz referência a qual é o seu papel na busca de soluções criativas, planejadas e possíveis para essas dificuldades.

Nessa mesma linha, a mobilização social e a participação popular na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos ainda surgem como propostas, e estranhamente, a maioria dos ACS entrevistados não demonstrou se sentir responsável pelo fato dessas atividades, que são parte de suas atribuições (Brasil, 2000), ainda não acontecerem regularmente em suas microáreas.

Os resultados encontrados sobre a temática *benefícios e obstáculos* ao trabalho dos ACS, por ser morador na comunidade, apontam para *obstáculos* relacionados ao contexto da sua vida pessoal. Esses *obstáculos* ficam subentendidos em falas como de: Ipê - “é ruim, porque as pessoas passam dos limites dos deveres [de um ACS], não tem sábado, domingo”; Buriti - “você não pode

exteriorizar o que você realmente é (...) as pessoas cobram, você tem que ser um exemplo (...) se você foi bom, tudo bem, é a sua obrigação” e, na fala densa de Jacarandá: “Tem horas que exausta, cansa só ficar aqui dentro (...) tem horas que você fica sem privacidade, às vezes você está numa festa, aí [alguém] vem falar que fulano passou mal”.

QUADRO 3: BENEFÍCIOS E OBSTÁCULOS POR MORAR NA COMUNIDADE

Tema	Núcleo de sentido	ACS que melhor apresentou
Obstáculos	<ul style="list-style-type: none"> interferência na vida pessoal. 	Ipê, Buriti e Jacarandá
Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> convívio; ser bem recebido; ser morador. 	Ingá e Piqui

Fonte: Resultado da Pesquisa, 2008

Nossa experiência como profissional de ESF mostra que, de fato, a jornada de quarenta horas semanais dentro da comunidade significa quase sempre o estabelecimento de vínculo com os moradores, de ligações de afeto. Para os ACS, a volta para casa ao final da jornada de trabalho implica em continuar na comunidade. Significa que suas vidas, de certo modo, se tornam uma espécie de vitrine interativa da participação direta e cotidiana dos moradores no processo de conscientização dos seus direitos e deveres.

Encontramos nas falas dos ACS, experiências pessoais e de convívio citadas como benefício por exercer suas atividades laborativas no lugar onde são moradores: Ingá - “a gente está trabalhando no mesmo lugar onde a gente convive, com as pessoas que a gente conhece não só do trabalho, mas como vizinhos”. E

Piqui – “trabalhar aqui me traz algumas vantagens porque eu sou muito conhecida na comunidade. E eu tenho uma boa abertura, eu vou às casas, todos me recebem muito bem, costumo às vezes, ir nas áreas dos meus companheiros e também sou bem recebida porque eu já moro aqui há muito tempo e isso me facilita muito o trabalho”.

Estas falas reforçam a importância do ACS ser morador na comunidade onde atua. Ser morador parece ser a melhor maneira dos ACS conhecerem a dinâmica local, o estoque de recursos disponíveis e os vazios de soluções para as necessidades. Os ACS podem perceber as oportunidades e conhecer os melhores caminhos para se chegar a quem necessita e a quem oferece atenção em saúde.

Nos dois gráficos ilustrativos abaixo (figuras 1 e 2) podemos ter noção da predominância dos obstáculos e benefícios citados por ser morador. Ressaltamos que esses gráficos não têm representação estatística devido ao tamanho da amostra, estão sendo utilizados para dar ao leitor a noção do padrão das respostas.

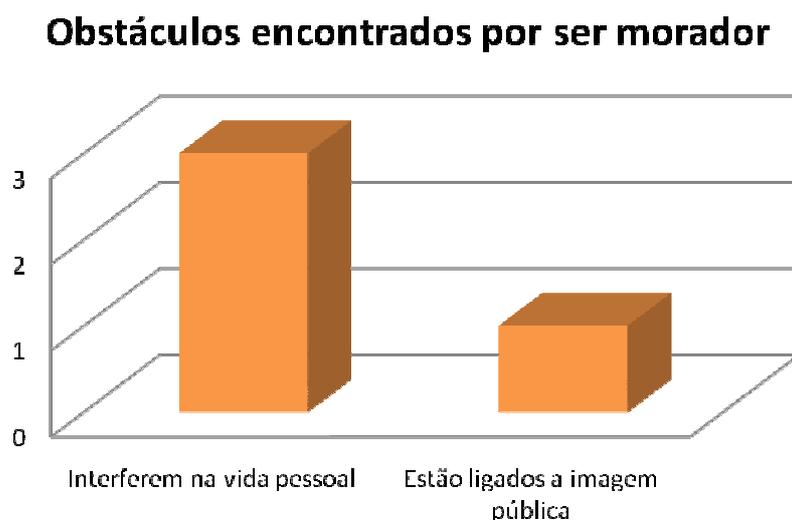


Figura1. As barras verticais se referem ao número de entrevistados que citaram o obstáculo.

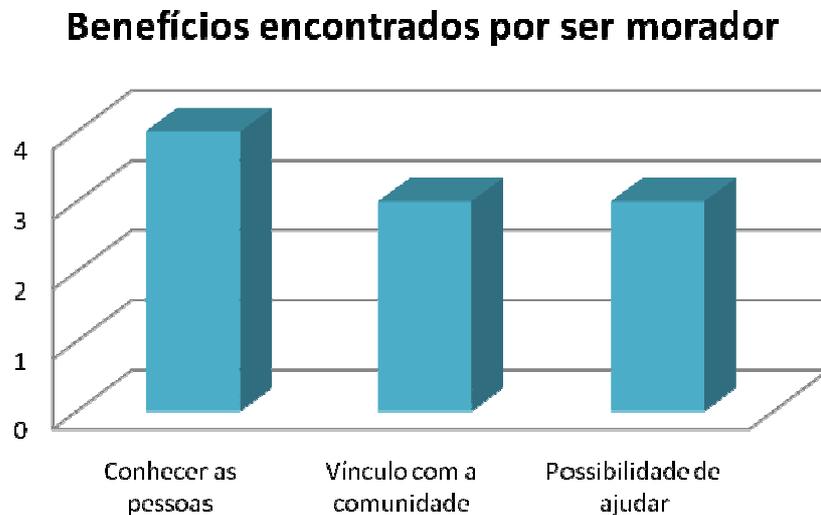


Figura2. As barras verticais se referem ao número de entrevistados que citaram o benefício.

Observamos também que existe uma particularidade do grupo de ACS estudado, em relação à educação permanente em uma equipe de EACS, que é a presença de uma universidade usando este cenário para estágio curricular. Como parte desse cenário de ensino aprendizagem, os ACS participam de visitas domiciliares junto com alunos do oitavo período de um curso de graduação em enfermagem, sempre acompanhados por uma enfermeira/ professora.

As visitas, então, oportunizam momentos educacionais na convivência com os alunos e a professora, e no compartilhar de conhecimentos. Como parte do projeto educacional proposto pela universidade, esses alunos ainda promovem e coordenam grupos de estudo voltados para os ACS. Os grupos se realizam a cada três semanas, abordando temas propostos pelos ACS nas reuniões de equipe. Portanto, o grupo estudado tem oportunidade de interagir com docentes e alunos de graduação, e de trocar com eles saberes e informações, como descrito por dois ACS. Esta oportunidade deve ser levada em conta na interpretação dos resultados

podendo explicar, em parte, o fato do grupo pesquisado demonstrar grau significativo de conhecimento teórico do modelo de atenção proposto pela ESF.

4.2 SOBRE AS REDES DE APOIO SOCIAL

Para Martins (2005), as redes de apoio social, informais ou formais, proporcionam aos indivíduos o sentimento de pertencimento a grupos, mas isso não foi mencionado nas entrevistas. Os ACS narram situações de seu trabalho, que perpassam a formação, participação e funções de rede como descritas na literatura. Porém, não demonstram perceber a ligação entre suas descrições e as redes de apoio social que poderiam ser identificadas. Eles apresentam situações que parecem ser possíveis frutos das relações travadas no seu cotidiano de trabalho. Esse trabalho que o ACS constrói junto aos moradores, não só pelo contato, mas pelo convívio que se exerce durante as visitas.

Trabalhar com o conceito de redes exige uma reflexão histórica e cultural sobre sua formação nas comunidades, mas também implica em refletirmos sobre o papel de redes de apoio social na nossa história pessoal e social. Foi difícil para os ACS que participaram da pesquisa, mesmo quando perguntados, identificarem as redes de apoio social existentes na área: “Assim uma rede de apoio social especificamente não, mas assim envolvendo [as pessoas] junto com o meu trabalho” (Aroeira).

Embora a maioria dos ACS entrevistados não tenha utilizado o termo redes de apoio social, ou mencionado essas redes como incorporadas ao seu trabalho

cotidiano, a transcrição das falas evidencia sua existência. Temos em nossos resultados falas, como a de Umbaúba, que descrevem ligações com outros profissionais, moradores e vizinhos: Umbaúba - “Eu trabalho com o enfermeiro responsável, algum colega de trabalho, por as comunidades serem próximas, geralmente pessoas de uma comunidade vão até a outra por ser vizinhos, aí tem sempre o agente daquela comunidade e juntamente com os moradores”.

A maioria dos ACS mostrou relutância em reconhecer seu pertencimento a redes de apoio social e, portanto, não descreveram a utilização dessas redes em seu trabalho. Tal observação sugere que os ACS desse grupo, embora disponham de conhecimento dos aparelhos sociais e institucionais que usualmente compõem as redes de apoio social, não se apropriaram do conceito nem o incorporam ao seu vocabulário. Surpreendentemente, os ACS, apenas quando perguntados, se reconheceram como participantes de rede de apoio social e como sendo de alguma forma beneficiados, ou gratificados por ela, em função de relações de trabalho.

Por isso, nos perguntamos que lacunas precisam ser preenchidas na educação permanente, desses ACS e dos supervisores, para facilitar a construção de novos saberes e a consolidação da ESF no município do Rio de Janeiro.

Os resultados apontam para a *existência de redes de apoio social* que se fundam em relações de parentesco, de amizade e de trabalho. Essas relações aparecem descritas em espaços de vivência, como as moradias e os locais de convívio, no micro espaço (Dias, 2007) do território da comunidade. Essas redes estão basicamente na categoria *redes informais* (figura 3).

Encontramos na fala do ACS Ipê uma descrição de como formar rede nesse micro espaço: “Pergunta se ele [um possível parceiro] quer ajudar, se é de interesse,

a gente bota a proposta para várias pessoas e para as ONG e [pergunta] se ela gosta da nossa proposta e quer encarar”.

Dessa forma a possível constituição de redes de apoio social onde a família, os amigos e vizinhos estão envolvidos em desenvolver estratégias para alcançar melhor qualidade de vida e saúde parece estar presente nos resultados. O que não encontramos foi sua influência na dinâmica do território, na definição e análise das prioridades que facilitam o planejamento intersectorial para o uso racional dos recursos disponíveis, o acompanhamento e a avaliação das estratégias adotadas.

QUADRO 4: Tipologia das Redes de apoio social – informal e formal

Tema	Núcleo de sentido	ACS que representou melhor
Informal	<ul style="list-style-type: none"> • não identificam como redes; • conhecem os aparelhos sociais locais; • fazem referencia a parceiros. 	<p>Chichá e Piqui</p> <p>Tiu e Umbaúba</p> <p>Ipê e Umbaúba</p>
Formal	<ul style="list-style-type: none"> • conhecem os recursos oficiais; • fazem referencia a parceiros oficiais. 	<p>Ipê e Tiu</p> <p>Jatobá</p>

Fonte: Resultado da Pesquisa, 2008

Alguns ACS fazem referência a instituições oficiais e a benefícios da segurança social como instrumento para alcançar maior qualidade de vida para os moradores. Algumas falas sugerem a descrição do trabalho em rede oficial intra setor saúde: Ipê - “se ele está passando mal da pressão alta, o que eu como agente de saúde posso fazer, (...) vou procurar o SAMU, ligar pro SAMU”. Nessa fala, o ACS reconhece uma situação de atenção à saúde, compartilha uma informação e

faz uma ação resolutiva, tudo isso fazendo uso de recursos oficiais de saúde. Esse exemplo apresenta a idéia de uma rede de apoio social formal, que embora tenha seu primeiro nó no espaço de moradia e trabalho do ACS, se completa no macro espaço. Essa rede relaciona serviços oferecidos pelo Estado (figura 3).

Indo ao encontro da literatura pesquisada (Gil, 2005), os ACS reconhecem a necessidade de realizar atividades voltadas para a utilização simultânea dos recursos sociais e oficiais visando à prevenção de doenças e/ ou suas complicações: “Visitamos as famílias, damos um apoio, às vezes tendo que acompanhar um morador ao hospital, fazemos grupos de estudo, entregamos cartões do SUS (...)” - Aroeira.

Dois ACS descrevem redes de apoio social como uma construção que vai além dos recursos oficiais tradicionalmente voltados para à saúde. Tiu – “eu já posso orientar ela [a mãe que não tem renda] a caçar [sic] o Bolsa família (...)” e, Buriti – “porque o SUS, ele tem vários benefícios que o cidadão desconhece e a partir do momento que ele começa a conhecer isso e aprender como, ele corre atrás para poder usufruir esses direitos”.

Equipes que se apropriam dos recursos locais têm a possibilidade de buscar uma forma de trabalhar mais eficiente, econômica e rápida (Wagner, 2004). Encontramos duas descrições de situações vivenciadas pelos ACS que mencionam o uso de recursos formais e informais, em redes mistas (figura 3), em seu papel de integrantes de uma equipe de saúde: Mangaba descreve uma rede mista, envolvendo recursos informais e formais: “ela começou a fazer a ginástica, através dali ela recomeçou com as consultas que ela havia parado, (...) então, hoje em dia ela é acompanhada [pelo serviço de saúde], ela faz a ginástica, ela está conseguindo emagrecer, aí ela entrou na dança [no grupo de dança]”.

Outro ACS também descreve uma rede onde o formal e o informal se complementam: Piqui – “eu me envolvi, o morador se envolveu, eu envolvi a enfermeira, a enfermeira já ligou pro Lar [uma casa para idosos]. Quer dizer, cada um está fazendo um pouquinho”.

Em outra fala, Piqui enumera uma relação bastante variada de parceiros formais e informais, com os quais parece poder contar em seu dia a dia: “porque nós temos o Posto de Saúde (PS) Nicola Albano que nos apóia, nós temos a CAP que nos apóia, entre nós mesmos o grupo, um apóia o outro. Quer dizer, a gente está sempre um precisando do outro, da própria comunidade, às vezes da associação de moradores”.

Essas situações envolvendo os aparelhos sociais e recursos oficiais sugerem a possibilidade do uso complementar de redes de apoio social do tipo informal e formal para a solução dos problemas. Todavia, parece importante enfatizar que nesses dois exemplos, tudo aconteceu no território do bairro. No gráfico abaixo podemos ter noção da predominância dos tipos de rede inferidos.

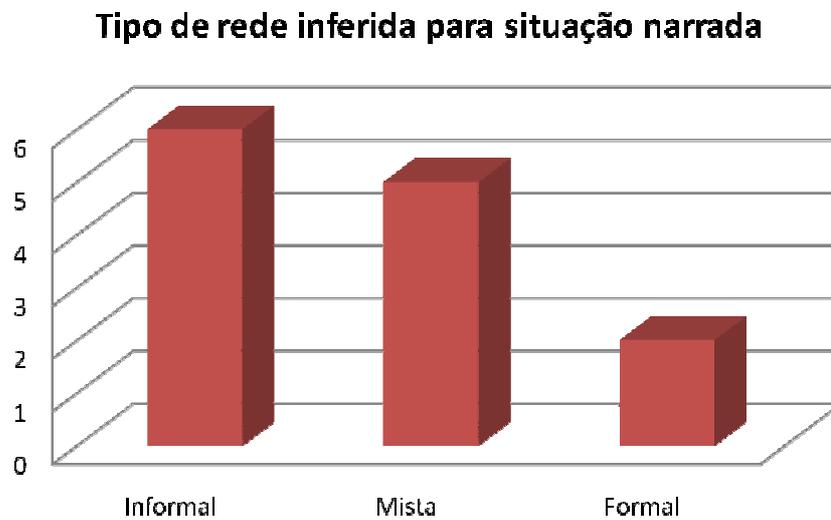


Figura3. As barras verticais se referem ao número de situações narradas que apontaram para a evidência dos tipos de rede.

As redes podem ser usadas como instrumento para facilitar a inclusão e dinamizar a intersectorialidade e a integralidade (Teixeira, 2005), desde que seus participantes reconheçam que o compartilhar informações e experiências auxilia no entendimento das situações e possibilita o apoio mútuo. Mangaba diz: “Porque esse trabalho não dependeu só de mim, tem vários profissionais envolvidos nisso: A enfermeira [supervisora da equipe] foi importante nessa retomada das consultas e no encaminhamento para o clínico, professor de ginástica [que trabalha na ONG] foi importante, a nutricionista [da unidade de referencia] foi importante”.

A maioria dos ACS descreve situações onde as redes que podem ser identificadas são as provedoras de convívio e qualidade de vida, como faz Aroeira: “às vezes a pessoa é até capaz de fazer uma coisa, mas não tem uma iniciativa, por exemplo, o grupo de idoso que elas [as moradoras] fazem parte do artesanato, e a gente dá aquele apoio incentivando, mostrando que só dentro de casa ela não vai

adquirir uma condição de sair, conhecer outras pessoas, mostrar para outras pessoas o que ele é capaz entendeu?”.

Jatobá faz uma descrição objetiva de rede de apoio social como provedora de recursos materiais dentro do universo em que vivem e trabalham: “eles estavam passando necessidade, arrecadamos [no grupo e na comunidade] alimento, levamos até essa família (...)”.

Foi interessante que só um ACS, Umbaúba, descreveu o apoio social em rede acionado por um morador com a participação do ACS: “elas vêm incentivadas por alguém (...) [para o grupo de dança], o Agente sempre incentivou ela a procurar [uma atividade física]”.

Lembrando que uma das funções básicas das redes de apoio social é a de suprir seus integrantes de satisfação efetiva às suas necessidades, vamos identificar os parceiros que emergem das entrevistas: Ipê cita parceiros diretos, com os quais ele faz contato: “parceiros que a gente vai atrás como ONG, associação de moradores, a própria comunidade mesmo em parcerias”.

Já Buriti entende que os parceiros podem estar fora da comunidade, podem até fazer parte de outras redes: “É quando a gente também já solicita outras pessoas de fora para estar também nos ajudando, já vai formar uma rede, e às vezes aquela pessoa já vai buscar informação em outro lugar”.

Nas respostas, fica evidente o interesse dos ACS em conhecer o levantamento de aparelhos sociais (ONG, Associações, Centros de Cidadania, e outros) e recursos oficiais (Postos de saúde, Escolas, Fundações, e outros) existentes no local e no município. Parece que os ACS reconhecem que para ampliar o foco do trabalho, lidando com as múltiplas questões que se apresentam no dia a dia, é importante estabelecer parcerias multisetoriais envolvendo o Estado e a

Sociedade: Jatobá - “se você não está tendo como ter uma capacidade [para resolver um problema, deve] procurar ver com o enfermeiro, com o presidente de Associação, com as próprias Unidades de Saúde, Corpo de Bombeiros, procurar essas parcerias assim”.

Outro resultado intrigante é o de nenhum ACS ter citado atividades de grupos religiosos, referência que é encontrada com frequência na literatura pesquisada. Observamos que a participação dos políticos na dinâmica das comunidades não foi textualmente apresentada, ficou implícita na figura de um médico contratado por um centro de cidadania local e do professor de educação física que está ligado a uma associação de moradores.

Ressaltamos que situações de risco ambiental e as inúmeras dificuldades geradas pela topografia local para o acesso as unidades habitacionais também não foram citadas.

Com relação a violência presente nos aglomerados urbanos e que não aparece nos resultados, precisamos esclarecer que nas comunidades do ABV, ela ainda não exerce papel relevante, os episódios relacionados a violência são pontuais, e parecem não interferir significativamente no cotidiano das pessoas.

Nesse contexto, chama a atenção que nem mesmo os três ACS da EACS ABV, que atuam como conselheiros no Conselho Distrital de Saúde da área mencionaram essa instituição como parceira. Vale lembrar que, de acordo com a literatura pesquisada, os conselhos são os espaços onde teoricamente existe a oportunidade da influência da participação popular nos processos de decisão, elaboração e avaliação dos serviços.

Os ACS descrevem o uso ocasional e pessoal das redes de apoio social: Ingá: “eu faço parte da ginástica, essa atividade para os hipertensos é muito

importante. Elas deixaram de estar muito dentro de casa paradas, sem fazer nada, e descobriram na ginástica um entrosamento com os outros. Não só pra saúde física delas, mas um convívio com as outras pessoas. Elas fazem tipo um grupo entre elas, de estarem sempre junto, fazem festa, passeio. (...) não ficar só naquela coisa de tomar remédio para a pressão, para o diabetes, elas se sentem bem assim. O artesanato é a mesma coisa, uma atividade que elas fazem, que a meu ver ajuda bastante”.

Não encontramos a utilização construída junto com a EqSF de uma participação nas redes de apoio social que fomente a capacidade para decidir e agir, dos moradores e das comunidades nas questões de saúde. Todavia, é preciso não esquecer e, principalmente não deixar que os profissionais e moradores esqueçam, a prática do livre arbítrio e as obrigações do estado no provimento de serviços para a atenção à saúde (Sousa, 2006).

4.3 SOBRE APOIO SOCIAL

Os ACS apresentam o significado da expressão *Apoio Social* como o formulado por Valla (2008) e Souza (2006). O apoio social aparece como ajuda para viver o dia a dia. Porém, apenas Umbaúba o reconhece explicitamente como um processo recíproco e faz referência a *receber* ajuda para viver a sua própria vida, ao dizer que se não fosse o apoio da comunidade não conseguiria levar seu trabalho adiante. Todos os demais se percebem como *oferecendo* essa ajuda para os outros: Aroeira - “Porque apoio social eu entendo como nós ACS prestando algum tipo de

serviço à comunidade”. E também Buriti - “procurando ajudar a sociedade naquilo que é preciso, ensinando eles a pescarem e conscientizando eles do direito que eles têm.



Figura4. As barras verticais se referem ao número de entrevistados que definiram apoio social.

Mas, gostaríamos de ressaltar que encontramos o sentimento de gratificação do ACS em algumas falas: “fazer alguma coisa de concreto por alguém, é uma satisfação muito grande [para o ACS]” (Buriti) e “o que me deixa mais satisfeito é o acolhimento das pessoas” (Umbaúba). Esse sentimento já pode sugerir, em nossa avaliação, a reciprocidade.

Outro aspecto que desejamos enfatizar é que as formas de ajuda descritas propõe frequentemente soluções multisetoriais para responder as necessidades encontradas. Esse resultado é muito positivo porque sugere um entendimento da saúde como um bem que envolve múltiplos fatores.

A ajuda direta é o resultado mais encontrado na categoria tipo de apoio social. Surge em todas as entrevistas, dividido em: *apoio informativo, instrumental e afetivo*.

Observamos na figura abaixo a idéia de predominância dos tipos de ajuda.

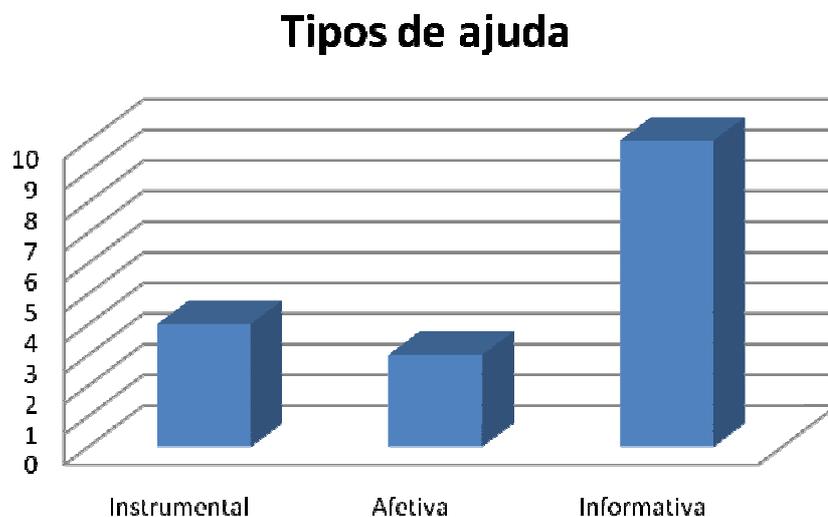


Figura5. As barras verticais se referem ao número de entrevistados que descreveram o tipo de ajuda.

O *apoio informativo* foi o tipo de apoio social que foi apresentado pela maioria dos ACS. Ele aparece relacionado à provisão de orientações e informações que podem ajudar a resolver as dificuldades do dia a dia, e até mesmo identificar fontes de apoio instrumental (Martins, 2005). Vejamos como diz Ipê – “[podemos] Orientar os familiares, procurar onde é melhor, onde encaminhar, onde levar”.

Para Chichá o *apoio informativo* facilita o bom uso dos recursos: “chegar em casa [com a receita] e querer tomar o remédio, não entende direito [como tomar], não tem quem oriente e acaba fazendo tudo errado. Então nós somos o apoio deles”. Ou ainda Buriti - “solicitar uma assistente social (...) e até levando o conselho

tutelar pra conscientizar ela de que essa criança tem o direito de ter uma certidão de nascimento para ser cidadã”. Parece que para Ipê, Chichá e Buriti, o trabalho do ACS está vinculado a informações que eles possuem e compartilham com os moradores.

Quando perguntada sobre sua participação em redes, Buriti deu exemplo de uma rede de informação e se descreveu como representante do nosso sistema de saúde, afirmando que o sistema trabalha em rede: “Uma rede de informação, encaminhamentos, saúde, me sinto uma legítima representante do SUS, então isso já é uma rede porque o SUS trabalha em rede”. Esse resultado foi único, mas trás em seu conteúdo a possibilidade de que os profissionais da saúde reconheçam que trabalham para um modelo de assistência que atua em níveis de atenção interligados.

Muitos ACS descreveram situações em que prestam aos moradores, o que Martins (2005), chama de *apoio instrumental*. Destacamos Aroeira: “quando tem algum morador que tem dificuldade de se encaminhar ao posto de saúde, (...) pegar o cartão desse morador e estar levando ao posto de saúde, tentando marcar consulta pra ele ou se ele está precisando de um medicamento, tentar arrumar pra ele não parar com os remédios”.

Outros ACS descreveram o *apoio instrumental* como acompanhar o morador em um compromisso de saúde: Ingá - “fui com ela no Posto de Saúde, pedi que a Dra olhasse” e Tiu - “no caso da pessoa precisar de ir sozinha, e não tiver ninguém para acompanhar ela, eu levo ela ao hospital”.

Em algumas entrevistas encontramos a ajuda direta na forma do que Martins (2005) denomina de *apoio afetivo* em relação, por exemplo, a usuários idosos em situação de isolamento e solidão: “agora eles estão sozinhos, quando eu chego lá

eles sentem uma alegria muito grande, eles começam a falar, desabafar, principalmente agora que os filhos deles foram para longe, eles ficam querendo conversar, entende” - Chichá.

Em sua entrevista, o ACS Umbaúba também descreve uma rede de apoio afetivo: “[Somos] pessoas com quem ela pode dialogar, que ela pode expressar seus sentimentos, que ela pode desabafar. Às vezes ela não teria com quem conversar em casa ou com vizinhos, e lá [no grupo de dança], ela tem pessoas que param para ouvir, para aconselhar”.

Outras vezes os ACS se descrevem como ultrapassando seu papel de profissionais, num papel pessoal: “Digamos assim, somos amigos da família” (Jatobá). Esta amizade, no entanto, embora este ACS seja vizinho das famílias que acompanha, só emergiu quando ele se tornou ACS, e passou a visitar essa família como profissional.

QUADRO 5: TIPOS DE APOIO SOCIAL

Tema	Núcleo de sentido	ACS que representou melhor
Apoio informativo/resolutivo	<ul style="list-style-type: none"> • onde procurar; • o que solicitar; • opções multisetoriais. • Bom uso dos recursos 	<p>Ipê Aroeira e Ipê Tiu e Ingá</p> <p>Chichá, Buriti e Ipê</p>
Apoio instrumental	<ul style="list-style-type: none"> • acompanhar ou ajudar em compromissos; • conseguir medicamentos, alimentos, outros; • marcar consultas e outros agendamentos. 	<p>Aroeira e Ingá</p> <p>Jatobá</p> <p>Ingá e Ipê</p>
Apoio afetivo	<ul style="list-style-type: none"> • atenção; • compreensão; • estima; • Companhia. 	Umbaúba e Jatobá

Fonte: Resultado da Pesquisa, 2008

Nas entrevistas, a ajuda direta também emerge em concepção multisetorial; três ACS enumeram vários setores sociais e oficiais para a solução das dificuldades encontradas: “é um apoio de todo mundo assim, tanto de enfermeiros, como de moradores, como de governo, em geral do órgão público. E é a sociedade enfim, até da gente mesmo em relação aos outros profissionais e dos outros em relação a gente, entende?” - Chichá.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, buscamos ampliar o entendimento sobre possíveis contribuições que redes de apoio social podem oferecer ao trabalho dos ACS, o que incluiu analisar se existe uma utilização concreta das redes de apoio social locais como instrumento no trabalho dos ACS da EACS ABV.

Os ACS descrevem suas principais atribuições com sintonia com o que é preconizado pelo MS (Caderno de Atenção básica nº 1). Essas incluem orientar os moradores para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhar para a unidade básica e agendar consultas e exames; realizar visita domiciliar para acompanhamento mensal das famílias sob sua responsabilidade; manter-se informado, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente as que apresentam algum grau de risco e desenvolver ações de educação e vigilância à saúde.

Apenas um ACS incluiu menção a atividades para promover a mobilização comunitária, e desenvolver ações coletivas, o que também está preconizado em documentos oficiais. Considerando que todos já têm mais de três anos e meio de trabalho na EACS, cabe questionar se a sobrecarga de trabalho, o restrito treinamento que é oferecido em sua formação, ou a insuficiência de iniciativas de educação permanente, voltadas para este contingente profissional e seus supervisores, explicariam este resultado.

Também chamou a atenção nenhum ACS citar situações nas quais traduziram para a EqSF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites, como uma atividade regular compatível com sua função.

Esse achado que remete a problematizar o papel do ACS como elo entre profissionais e usuários, apesar da imensa expectativa que se cria acerca das possibilidades de contribuição deste profissional para o sucesso da ESF.

Nas entrevistas, a descrição das atividades desenvolvidas está quase sempre vinculada ao compartilhar ajuda direta, na forma de informações para o provimento de recursos materiais e/ ou acesso a benefícios, apoio e atividades instrumentais como marcar consulta, acompanhar aos serviços e outros.

Portanto, os resultados sugerem pouca expressão das redes de apoio social locais na percepção dos recursos com os quais os ACS da EACS ABV realmente contam em seu cotidiano de trabalho. Esse resultado foi surpreendente, por que:

- Os ACS, como moradores das comunidades onde atuam, têm ali as suas redes de apoio social primárias como a família, vizinhos e amigos;
- Como profissionais têm acesso ao conhecimento das redes formalmente constituídas pelas instituições de saúde do estado;
- Pelo resultado da análise das entrevistas percebemos que a maioria conhece os aparelhos sociais locais;
- Mostram domínio do conhecimento de que a saúde é um bem multisetorial e multifatorial.

Por outro lado, é animador perceber que muitos desses ACS já descrevem situações de seu cotidiano de trabalho, nas quais aparecem articulando suas atividades com algumas políticas sociais como o Bolsa Família e outros benefícios, numa atividade intersetorial.

A idéia do fortalecimento da AB como estratégia para reduzir a demanda para os hospitais de emergência, presente em todos os textos de referência sobre a implantação da ESF, aparece em algumas falas, este é mais um dado positivo sobre

as atividades desenvolvidas por esses ACS, porque mostra a compreensão dessa questão fundamental para a reorientação da AB e o êxito da ESF.

A forma de participação dos ACS no Conselho Distrital sugere que muitas etapas precisam ser vivenciadas até que a população participe de forma consciente nas decisões sobre as questões relacionadas com a atenção a sua saúde. Pelo menos, até que sejam assumidos e construídos espaços de controle social, na forma dos Conselhos Gestores das Unidades, inclusive nas unidades da ESF e nas unidades de saúde tradicionais que dão apoio às unidades da ESF.

É possível que as práticas em rede estejam presentes no cotidiano dessas pessoas, inclusive mediante participação nos Conselhos Distritais, mas que seu significado esteja implícito. Dessa forma, é provável que este significado seja mais evidente para os profissionais não-moradores da comunidade, atraídos pela potencialidade desta construção social de mecanismos de sobrevivência em redes para contornar as dificuldades, que existem nessas comunidades.

Acreditamos que é possível para esses ACS identificar e perceber as redes de apoio social locais e o tipo de apoio que elas podem oferecer, sugerindo que isto facilitaria sua utilização como instrumento em seu trabalho.

Os resultados encontrados por este estudo serão apresentados para os ACS, refletidos com eles, explorados e, se possível, problematizados em outras localidades. Então, poderemos trabalhar com mais segurança os subsídios que poderão facilitar aos ACS incorporar as redes de apoio social em seu trabalho cotidiano.

Outras investigações para aprofundar alguns aspectos explorados nessa pesquisa, com um maior número de entrevistas, estendendo a pesquisa a outras unidades da ESF, poderão tornar a pesquisa mais reveladora sobre a prática dos ACS em redes de apoio social.

REFERÊNCIAS

Acioli, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: R. Pinheiro, R. A. Mattos, *et al* (Ed.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ CEPESC/ ABRASCO, 2006. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença, p.187-202

_____. Redes Sociais e Teoria Social: Revendo os fundamentos do conceito. Inf. & Inf., v.12, n.esp., p.2-11. 2007.

_____. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Revista Brasileira de Enfermagem: 117-121 p. 2008.

Aguiar, A. C. L., Regina. A constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde e a Avaliação da Formação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Saúde. In: R. M. Pinheiro, Rubens (Ed.). Gestão em Rede - Práticas de Avaliação, Formação e Participação em Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. A constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde e a Avaliação da Formação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Saúde, p.289- 296

Almeida, M. J. Educação Médica em Saúde: possibilidades de mudanças. Londrina: UEL. 1999

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Porto: Edições 70. 2004

Brasil. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990 1990a.

_____. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá providências Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 1990b.

_____, Ed. Ato Portaria nº 648/GM, de 28 de março. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e PACS. Pactos pela Saúde 2006 Brasília: Ministério da Saúde, v.volume 4, p.7-51, Pactos pela Saúde 2006 Ato Portaria nº 648/GM ed. 2006.

Brasil, M. D. S. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 91: Ministério da Saúde 1991.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93 Ministério da Saúde 1993.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96: MINISTÉRIO DA SAÚDE: 34 p. 1997.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial:** MS: 36 p. 1998.

_____. **PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, v.1. 2000a. 44 p. (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA)

_____. **PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Educação Permanente.** Brasília: Ministério da Saúde, v.3. 2000b. 32 p. (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA)

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01. S. D. A. À Saúde:** Ministério da Saúde 2001.

_____. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios, e reafirmações de seus princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde. 2003. 74 p. (B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, v.19. 2006. 102 p. (Cadernos de Atenção Básica: Série A Normas e Manuais Técnicos)

Brasil, M. D. S., Ministério Da Previdência E Assistência Social. **Anais da 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** Brasília: Ministério da Saúde. 1987, 1986. 21 p.

Brasil, M. D. S., Secretaria De Políticas De Saúde, Departamento De Atenção Básica. **"O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE"**. Brasília: Ministério da Saúde. 2000

Canadá. **CARTA DE OTTAWA. I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde** Canadá 1986.

Carvalho, M. A. P. A., S. & Stotz, E. N. O processo de construção compartilhada de conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: E. M. Vasconcelos (Ed.). **A Saúde nas Palavras e nos Gestos.** São Paulo: Hucitec, 2001. O processo de construção compartilhada de conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular.

Carvalho, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência da Saúde Coletiva**, v.9, n.3, jul/set. 2004.

Castro, M. L. A. D. C. D. "A metodologia das Redes como instrumento de compreensão do capital social". **Revista Urutágua - Academia Multidisciplinar.** 16 2008.

Cecílio, L. C. D. O. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate.** 23: 30-36 p. 1999.

Coffey, A. A., P. Concepts and Coding. In: (Ed.). **Making sense of qualitative data: Complementary Research Strategies**

Thousand Oaks: Sage, 1996. Concepts and Coding

Conill, E. M. Ensaio histórico- conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 24: 57-527 p. 2008.

Cordeiro, H. SUS - Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Estácio de Sá. 2005. 94 p.

Costa, R. On a new community concept: social networks, personal communities, collective intelligence. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, mar/ago, p.235-248. 2005.

Dias, L. C. D. O sentido da rede: notas para discussão. In: L. C. S. Dias, Rogério Leandro Lima Da (Ed.). Redes, sociedades e territórios. Santa Cruz do Sul: Edunisc, v.1, 2007. O sentido da rede: notas para discussão, p.260

Fernandes, J. C. L. Agentes de Saúde em Comunidades Urbanas. Caderno de Saúde Pública, v.8, n.1, abr/jun, p.134-139. 1992.

Fontes, B. A. S. M. REDES SOCIAIS E SAÚDE: SOBRE A FORMAÇÃO DE REDES DE APOIO SOCIAL NO COTIDIANO DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL. REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS. 26: 87-104 p. 2007.

Fortuna, C. M. E. A. o trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latino-am Enfermagem. 13: 262-8 p. 2005.

Gil, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública. 21: 490-498 p. 2005.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/disseminação/online/popclock>>. Acesso em 23 janeiro 2009.

Leoni, M. G. Autoconhecimento como Estratégia de Gerenciamento em Enfermagem. Programa de pós graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

Maia, R. C. M. Dos dilemas da visibilidade midiática para a deliberação política. . In: L. E. A. (Org) (Ed.). Livro da XII Compós: Mídia. Br. Porto Alegre: Sulina, 2004. Dos dilemas da visibilidade midiática para a deliberação política. , p.9-38

Martins, A. M. Autonomia e educação: a trajetória de um conceito. Cadernos de Pesquisa, n.115, mar. 2002.

Martins, R. M. L. A RELEVANCIA DO APOIO SOCIAL NA VELHICE. MILLENIUM. 31: 128-134 p. 2005.

Maxwell, J. Qualitative research design: An interactive approach. Thousand Oaks: Sage. 1996

Meireles, B. H. S. E., Alacoque L. **REDES SOCIAIS, COMPLEXIDADE, VIDA E SAÚDE. Ciência, Cuidado e Saúde 5: 67-74 p. 2006.**

Minayo, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec. 2006. 406 p.

Morosini, M. V. G. C. F., A. F.; Pereira, I. B. Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário de Saúde. In: C. M. S. Martins, A. B. (Org) (Ed.). **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz v.6, 2007. Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário de Saúde, p.13-34

Nogueira, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista". **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.10 fev, p.75-94. 2002.

OMS, Organização Mundial de Saúde. WHO- World Health Organization. Disponível em: <<http://www.who.int/home/copyright>>.

Paim, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra hegemonia **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 9: 143-146 p. 2001.

Reichenheim, M. E. M., Claudia Leite. Alguns pilares para a apreciação de estudos epidemiológicos **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.1, ago, p.132-148. 1998.

Rodrigues, M. P. A., M. S. S. . O FAZER EM SAÚDE: UM NOVO OLHAR SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 2002.

Romano, V. F. Inclusão não-homofóbica: um diálogo entre estudantes de medicina e travestis. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 3: 73-144 p. 2007.

Santos, D. D. O. **"REDES DE APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA EM HOMENS IDOSOS DE SÃO CAETANO DO SUL"**. Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2006. 97 p.

Saúde, A. D. I. C. M. D. **Avaliação e Resgate do Controle Social no SUS - Tema municipal**. IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro 14, 15 e 16 de setembro de 2007, 2007. p.

Silva, J. A. D., A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: O Ser, O Saber e O Fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002 (Caderno de Saúde Pública)

Souza, W. D. S., Moreira, Martha Cristina Nunes. **Humanização da Saúde e a Estratégia da Saúde da Família: explorando alguns dilemas para além da política**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio v.6. 2006 (Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do ACS)

Stotz, E. N. D., H. S. L. & Wong, J. A. A Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Revista de APS, v.8, n.1, p.49-60. 2005.

Teixeira, M. Rede social, apoio social e empoderamento no campo da promoção da saúde. In: C. D. S. D. C.-. Sms/Rio (Ed.). Programa Saúde Onde Você Mora: Capacitação Inicial das Equipes. Rio de Janeiro, 2005. Rede social, apoio social e empoderamento no campo da promoção da saúde, p.105-159

Torres, H. D. C. H., Virginia Alonso; Schall, Virginia A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cadernos de Saúde Pública. 19: 1039-1047 p. 2003.

Valla, V. Educação, saúde e cidadania: Investigação Científica e Assessoria Popular. Caderno de Saúde Pública, v.8, n.1, jan/mar, p.30-40. 1992.

_____. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares In: M. V. Costa (Ed.). Educação Popular Hoje. São Paulo: Loyola, 1998. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares p.151-180

_____. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Caderno de Saúde Pública, v.15, n.2, p.7-14. 1999.

_____. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.4, n.7, ago, p.37-56. 2000.

Víctora, C. G. K., Daniela Riva; Hassen, Maria De Nazareth Agra. PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE: Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial. 2000. 136 p.

Wagner, A. B. P. Aplicação da rede social no manejo da hipertensão. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.1, n.1, abr, p.11-15. 2004.

Wallerstein, N. B., Edward Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. Health Education & Behavior. 15: 379-394 p. 1988.

Westphal, M. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: Um Compromisso com a Qualidade de Vida. . Ciência e Saúde Coletiva. 5: 39-51 p. 2000.

Wikipédia, Enciclopédia Virtual. Disponível em:<<http://pt.wikipedia.org>>. Acesso em 20 dezembro 2008.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que concordo participar voluntariamente da entrevista que será realizada na EACS Alto da Boa Vista, sob a coordenação da mestranda da UNESA Elani Maria de Carvalho Rodrigues, na pesquisa para sua dissertação de Mestrado.

Estou ciente que o tema da dissertação envolve meu trabalho como Agente comunitário de Saúde na EACS Alto da Boa Vista.

Estou ciente que as transcrições da entrevista serão utilizadas unicamente para fins de pesquisa científica, e serão identificadas através de códigos.

Estou ciente que posso abandonar a participação na pesquisa, a qualquer momento, e sem qualquer tipo de prejuízo pessoal.

Autorizo a gravação da entrevista, assim como a publicação dos resultados das análises para efeito público.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida diretamente com a mestranda Elani Maria de Carvalho Rodrigues nos seguintes contatos:

Tel: (21) 2278-0183 / (21) 9891-7759

E-mail: elanimaria@gmail.com.

Ou com as prof^{as} orientadoras do projeto nos seguintes contatos:

Prof^a Dra Miriam Garcia Leoni

Tel: (21) 25037076

E-mail: miriamleoni@terra.com.br

Prof^a Dra Adriana Aguiar

Tel: (21) 32316135

E-mail: adriana.aguiar@estacio.br" <adriana.aguiar@estacio.br>

Estando ciente das condições da pesquisa, concordo em participar da mesma.

Rio de Janeiro__ de _____ de 2008.

Nome do ACS: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B

Termo de solicitação de autorização a Coordenadoria de Área 2.2

Solicito a Senhora Coordenadora de Área 2.2, Dra Solange Fernandes de Souza, permissão para realizar pesquisa na linha de diagnósticos locais e cuidados básicos em saúde da família na EACS Alto da Boa Vista.

A pesquisa será feita sob a coordenação da mestranda da UNESA Elani Maria de Carvalho Rodrigues e, o tema da dissertação envolve o trabalho dos Agentes comunitários de Saúde da EACS Alto da Boa Vista.

Informo que as transcrições da entrevista serão utilizadas unicamente para fins de pesquisa científica, e serão identificadas através de códigos. É facultado aos ACS participantes abandonar a participação na pesquisa, a qualquer momento, e sem qualquer tipo de prejuízo pessoal.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida diretamente com a mestranda Elani Maria de Carvalho Rodrigues nos seguintes contatos:

Tel: (21) 2278-0183 / (21) 9891-7759

E-mail: elanimaria@gmail.com.

Ou com as prof^{as} orientadoras do projeto nos seguintes contatos:

Prof^a Dra Miriam Garcia Leoni

Tel: (21) 25037076

E-mail: miriamleoni@terra.com.br

Prof^a Dra Adriana Aguiar

Tel: (21) 32316135

E-mail: adriana.aguiar@estacio.br" <adriana.aguiar@estacio.br>

Rio de Janeiro__de_____de 2008

Elani Maria de Carvalho Rodrigues

APÊNDICE C

Instrumento de coleta de dados: roteiro para a entrevista semi estruturada

1.1 Eixo temático nº 1 – Perguntas gerais: Identificação, moradia e trabalho.

- **Código da entrevista:** _____ **Data:** _____
- **Tempo de duração da entrevista: início-, término-** _____
- **Sexo:** _____ **Tempo de trabalho na EACS ABV:** _____
- **Como conheceu a profissão de ACS:** Leu em jornal? Ouviu algum amigo falar?
Soube pela proposta de emprego?

1.2 Eixo temático nº 2 - O trabalho do ACS: atividades desenvolvidas no dia a dia.

- Cite algumas atividades desenvolvidas no trabalho dos ACS na EACS do ABV.
Cite as atividades que você desenvolve no seu trabalho. Quem costuma participar das atividades que você desenvolve? Em qual local você desenvolve essas atividades? Para quem seu trabalho é feito?

1.3 Eixo temático nº 2 – Apoio social.

- O que você entende como “apoio social”? Você pode me dar um exemplo?
Descrever uma situação? (Na situação verificar: se relaciona os locais que frequenta e discute temas de saúde, se identifica parceiros formais (em redes institucionais) e/ou informais em rede).

1.4 Eixo temático nº 3 – Rede de apoio social.

- Na sua opinião esse exemplo é a descrição de uma rede de apoio social?

(Verificar se relaciona seu processo de trabalho com sua participação em redes de apoio social).

Você fez ou faz parte de alguma rede de apoio social? (verificar se só menciona redes formais ou se também descreve redes informais).

1.5 Eixo temático nº 4 – O ACS como morador e trabalhador de saúde.

- Diga como você se sente morando e trabalhando na comunidade.

(Verificar se descreve sua participação em redes de apoio social como morador e/ ou como ACS).

ANEXO A

Quadro 379 - Divisão administrativa geral do Município do Rio de Janeiro - 2007		
Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas	Bairros Nome	Código
Área de Planejamento 1		
I Portuária	Saúde	001
	Gamboa	002
	Santo Cristo	003
	Caju	004
II Centro	Centro	005
III Rio Comprido	Catumbi	006
	Rio Comprido	007
	Cidade Nova	008
	Estácio	009
VII São Cristóvão (1)	Imperial de São Cristóvão (20)	010
	Mangueira	011
	Benfica	012
	Vasco da Gama (14)	-
XXI Paquetá	Paquetá	013
XXIII Santa Teresa	Santa Teresa	014
Área de Planejamento 2		
IV Botafogo	Flamengo	015
	Glória	016
	Laranjeiras	017
	Catete	018
	Cosme Velho	019
	Botafogo	020
	Humaitá	021
	Urca	022
V Copacabana	Leme	023
	Copacabana	024
VI Lagoa (2)	Ipanema	025
	Leblon	026
	Lagoa	027
	Jardim Botânico	028
	Gávea (2)	029
	Vidigal (2)	030
	São Conrado (2)	031
VIII Tijuca	Praça da Bandeira	032
	Tijuca	033
	Alto da Boa Vista	034
IX Vila Isabel	Maracanã	035

	Vila Isabel	036	
	Andaraí	037	
	Grajaú	038	
XXVII Rocinha (3)	Rocinha (3)	154	
Área de Planejamento 3			
X Ramos (4)	Manguinhos	039	
	Bonsucesso (4)	040	
	Ramos (4)	041	
	Olaria	042	
XI Penha	Penha	043	
	Penha Circular	044	
	Brás de Pina	045	
XXXI Vigário Geral (17)	Cordovil	046	
	Parada de Lucas	047	
	Vigário Geral	048	
	Jardim América	049	
XII Inhaúma (5)	Higienópolis (5)	050	
	Maria da Graça (5)	052	
	Del Castilho	053	
	Inhaúma (5)	054	
	Engenho da Rainha	055	
	Tomás Coelho	056	
XIII Méier (6)	Jacaré (6)	051	
	São Francisco Xavier	057	
	Rocha	058	
	Riachuelo	059	
	Sampaio (6)	060	
	Engenho Novo (6)	061	
	Lins de Vasconcelos	062	
	Méier	063	
	Todos os Santos	064	
	Cachambi	065	
	Engenho de Dentro	066	
	Água Santa	067	
	Encantado	068	
	Piedade	069	
	Abolição	070	
	Pilares	071	
XIV Irajá	Vila Cosmos	072	
	Vicente de Carvalho	073	
	Vila da Penha	074	
	Vista Alegre	075	
	Irajá	076	
	Colégio	077	
XV Madureira	Campinho	078	
	Quintino Bocaiúva	079	
	Cavalcanti	080	

	Engenheiro Leal	081	
	Cascadura	082	
	Madureira	083	
	Vaz Lobo	084	
	Turiaçu	085	
	Rocha Miranda	086	
	Honório Gurgel	087	
	Oswaldo Cruz	088	
	Bento Ribeiro	089	
	Marechal Hermes	090	
XX Ilha do Governador	Ribeira	091	
	Zumbi	092	
	Cacuaia	093	
	Pitangueiras	094	
	Praia da Bandeira	095	
	Cocotá	096	
	Bancários	097	
	Freguesia	098	
	Jardim Guanabara	099	
	Jardim Carioca	100	
	Tauá	101	
	Moneró	102	
	Portuguesa	103	
	Galeão	104	
	Cidade Universitária	105	
XXII Anchieta	Guadalupe	106	
	Anchieta	107	
	Parque Anchieta	108	
	Ricardo de Albuquerque	109	
XXV Pavuna (7)	Coelho Neto	110	
	Acari	111	
	Barros Filho	112	
	Costa Barros	113	
	Pavuna (7)	114	
	Parque Colúmbia (15)	158	
XXVIII Jacarezinho (8)	Jacarezinho (8)	155	
XXIX Complexo do Alemão (9)	Complexo do Alemão (9)	156	
XXX Maré (10)	Maré (10)	157	
Área de Planejamento 4			
XVI Jacarepaguá (11)	Jacarepaguá	115	
	Anil	116	
	Gardênia Azul	117	
	Curicica	119	
	Freguesia (Jacarepaguá)	120	
	Pechincha	121	
	Taquara (11)	122	

	Tanque (11)	123	
	Praça Seca	124	
	Vila Valqueire	125	
XXIV Barra da Tijuca	Joá	126	
	Itanhangá	127	
	Barra da Tijuca	128	
	Camorim	129	
	Vargem Pequena	130	
	Vargem Grande	131	
	Recreio dos Bandeirantes	132	
	Grumari	133	
XXXIV Cidade de Deus (12)	Cidade de Deus	118	
Área de Planejamento 5			
XVII Bangu (13)	Padre Miguel	140	
	Bangu	141	
	Senador Camará	142	
	Gericinó (18)	-	
XVIII Campo Grande	Santíssimo	143	
	Campo Grande	144	
	Senador Vasconcelos	145	
	Inhoaíba	146	
	Cosmos	147	
XIX Santa Cruz	Paciência	148	
	Santa Cruz	149	
	Sepetiba (19)	150	
XXVI Guaratiba	Guaratiba	151	
	Barra de Guaratiba	152	
	Pedra de Guaratiba	153	
XXXIII Realengo (16)	Deodoro	134	
	Vila Militar	135	
	Campo dos Afonsos	136	
	Jardim Sulacap	137	
	Magalhães Bastos	138	
	Realengo	139	
Fonte: Secretaria Municipal de Urbanismo - SMU.			
Notas: 1. O Decreto nº 3.157 de 23/07/81 delimita as primeiras 24 Regiões Administrativas e o Decreto nº 3.158 de 23/07/81 delimita os bairros correspondentes a essas RAs.			
2. O Decreto nº 5.280, de 23/08/85, cria as 25ª e 26ª RAs, alterando decretos anteriores.			
3.A XXXII RA - Juliano Moreira ainda se encontrava em fase de regulamentação (Projeto de Lei no.1.603)			
Legislação relativa às alterações posteriores de			

limites de RAs e bairros e novas criações:			
(1) Lei Complementar n.º 17/92 (alteração de limites da RA e bairros correspondentes).			
(2) Lei no. 1.995/93 (alteração de limites da RA e bairros correspondentes).			
(3) Decreto n.º 6011/86 (criação) e Lei no 1.995/93 (delimitação da RA) - Lei n.º 1.995/93 (criação do bairro).			
(4) Lei n.º 2.055/93 (alteração de limites da RA e bairros).			
(5) Lei Complementar n.º 17/92/Lei n.º 2.055/93 (alteração de limites da RA e bairros).			
(6) Lei Complementar n.º 17/92 (alteração de limites da RA, inclusão do bairro Jacaré e da Comunidade Fernão Cardim - Decreto 17.525/99).			
(7) Decreto n.º 5.280 de 23/08/85, cria as 25ª e 26ª RAs, alterando os decretos anteriores.			
(8) Decreto n.º 6.011/86 e Lei Complementar 17/92 (criação e delimitação).			
(9) Decreto n.º 6.011/86 e Lei Complementar 2.055/93 (criação e delimitação de RA e bairros).			
(10) Decreto n.º 6.011/86 e Lei 2.119/94 (criação e delimitação de RA e bairros).			
(11) Decreto n.º 8.095/88 (retificação de limites) - Decretos 12.791/94 e 13.448/94 (delimitação dos bairros).			
(12) Lei n.º 2.652/98 (criação de RA).			
(13) Decreto n.º 8.095/88 (retificação de limites - RAs XVI e XVII).			
(14) Lei n.º 2.672/98 (criação).			
(15) Lei n.º 2.787/99, em fase de regulamentação (criação e alteração de limites).			
(16) Lei n.º 2.654/98 (criação).			
(17) Lei n.º 3.155/2000 (criação e alteração de limites da XI RA).			
(18) Lei n.º 3.852/2004 (criação e alteração de limites).			
(19) Decreto 25155 de Março de 2005			
(20) Denominação revista pelo Decreto No 28302 de 14 de agosto de 2007, passando a ser denominado bairro Imperial de São Cristóvão.			

ANEXO B

Avaliação dos Cadastros de Famílias nas Equipes de ESF e EACS
Sistema de Gestão em Saúde da família
CAP 2.2

Equipes	Área CNES	Famílias Cadastradas 23/10/2008 - GSF	Cidadãos Cadastrados 23/10/2008 - GSF
Borel 1	2200	555	1691
Borel 2	2201	655	2133
Borel 3	2202	573	1709
Casa Branca	2206	1020	3086
Alto da Boa Vista	2203	1367	4118
Morro da Formiga	2204	1522	5028
Morro do Turano 1	2205	1055	3352
Morro do Turano 2	2210	1175	3569
Parque Vila Isabel 1	2207	754	2354
Parque Vila Isabel 2	2208	505	1631
Parque Vila Isabel 3	2211	807	2530
Total – CAP 22		9988	31201

Fonte: Gerência da Estratégia de Saúde da Família

ANEXO C

RIO

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 79A/2008

Rio de Janeiro, 26 de maio de 2008.

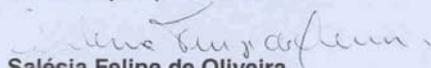
Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vices-Cordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Lindalva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 68/08</p> <p>TÍTULO: As redes de apoio social nas comunidades do Alto da Boa Vista como subsídio ao trabalho dos agentes comunitários de saúde.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Elani Maria de Carvalho Rodrigues.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: CAP 2.2.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 26/05/2008.</p> <p>PARECER: APROVADO</p>
---	---

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
 Vice-Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901
 Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

ANEXO D



O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, e de acordo com o artigo 4º da Lei nº 2011 de 31/08/93,
RESOLVE

nº 437 – Tendo em vista o que consta do Processo 09/000 876/2008, designar os seguintes membros titulares e suplentes do Conselho Distrital de Saúde da AP-2.2, indicados pelas respectivas entidades e instituições para cumprir mandato de 2008 a 2009.

I - Membros representantes dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS):

- | | |
|--|--|
| 1- Titular: Jose Jandir Borges Alves
Suplente: Francisco Alves de Freitas | Sociedade Assistencial de Inclusão Social – SAIS |
| 2- Titular: Albano da Rocha Filho
Suplente: | UDJ – União dos Discípulos de Jesus |
| 3- Titular: Jorge Alves e Costa
Suplente: William Abdias de Aquino | APAIOC – Associação de Pacientes e Amigos do Instituto Oscar Clark |
| 4- Titular: Gilson Rodrigues de Araújo
Suplente: Fábio Barbosa | Associação dos Moradores Pró – Melhoramentos do Morro da Liberdade |
| 5- Titular: Maria José da Silva Maciel
Suplente: | Associação de Moradores e Amigos do Alto Simão |
| 6- Titular: Reginaldo Felix Soares
Suplente: Alessandro Ribeiro da Silva | Associação de Moradores do Morro da Formiga |
| 7- Titular: Marlene Costa dos Santos
Suplente: Maria Martha Rodrigues dos Santos | Instituição das Cegas "Hellen Keller" |
| 8- Titular: Maria Olinda de Jesus Nascimento
Suplente: Priscila Sodré | Associação Pró – Melhoramentos da Vila Cachoeira |
| 9- Titular: Maria José Bernardino Marques
Suplente: Paulo Bernardino Marques | SOAMA – Sociedade de Amigos do Andaraí |
| 10- Titular: Oswaldo Pereira Filho
Suplente: Luiz Carlos de Souza | Associação de Moradores do Tijuacu |
| 11- Titular: Alan da Silva Costa
Suplente: | ADRETERJ – Associação dos Renais e Transplantados do Estado do RJ |
| 12- Titular: Francisco Carlos Vieira
Suplente: | Associação de Moradores do Morro do Cruz |
| 13- Titular: Márcia Helena de Souza
Suplente: Leticia Rodrigues de Barros | Centro Comunitário Raiz Vida |
| 14- Titular: Inês Ferreira de Abreu Deodoro
Suplente: | Associação de Moradores da Comunidade Indiana |
| 15- Titular: Altamiro José Chaves
Suplente: Gilmara Andrade da Silva | Associação dos Moradores do Parque de Vila Isabel Jardim Bananal e Pau da Bandeira |
| 16- Titular: Maria Alice Gunzburger Costa Lima
Suplente: Paulo Campos | Movimento Saúde Popular |
| 17- Titular: Felipe Vieira dos Santos
Suplente: Roberta da Silva Ferreira | Associação Comunitária de Moradores e Amigos do Borel |
| 18- Titular: Suely Domingas Magalhães de Lima
Suplente: Lucineide da Silva Ferreira | Associação Comunitária do Andaraí Pequeno |
| 19- Titular: Maíra Panza Ramalho
Suplente: Paula de Carvalho Mendes | Associação Pró – Melhoramentos do Morro dos Macacos |
| 20- Titular: Valmir da Silva
Suplente: | Associação dos Moradores da Chácara do Céu |
| 21- Titular: Nilza Rosa dos Santos
Suplente: | Sociedade de Assistência Social Novo Horizonte |
| 22- Titular: Claudia Maria da Costa
Suplente: | Associação de Moradores do Parque João Paulo II |



23- Titular: André dos Santos de Santana Suplente: Andrea Santos de Santana	Associação de Moradores da Comunidade Proletária JK
24- Titular: Nilza Duarte da Silva Suplente: Mariza Duarte Silva	Associação de Moradores e Amigos da Praça da Bandeira e Arredores
25- Titular: Maria Cristina Lopes Suplente:	Associação de Moradores da Comunidade de Furnas
26- Titular: Sidney Fernandes Suplente:	Associação de Moradores da Comunidade Proletária Jamelão
27- Titular: Gilson Rosa Ribeiro Suplente:	Associação de Moradores da Nova Divinéa
28- Titular: Edson Dias da Costa Suplente: Daniela Alves	Associação de Moradores e Amigos do Morro do Andaraí
29- Titular: Max Damasceno Malzini Suplente:	Associação Pró – Melhoria do Morro do Salgueiro
30- Titular: Jucélia Bessa Pereira Suplente: Nilza Alves Ferreira	AMAVENA – Associação de Moradores e Amigos da Praça Verdum, Praça Edmundo Rego, Praça Nobel e Adjacências
31- Titular: Aminda Coutinho Suplente: Luzia Catarina Esteves Rodrigues	AMARAÍ – Associação de Moradores e Amigos do Andaraí
32- Titular: Leonardo Fernando da Silva Suplente:	Associação de Moradores da Fazenda – Alto da Boa Vista
33- Titular: Severino José de Brito Suplente:	Associação de Moradores do Morro Casa Branca
34- Titular: Luiz Carlos Chaves Lavor Suplente:	Associação de Moradores e Amigos da Rua Padre Champagnat – AMAPAC
35- Titular: Maria José Ângela Canaviz Suplente: Rosalina Maria Verfesimo da Silva	Associação de Assistência à Criança Surda – AACs
36- Titular: Jaime Figueira Miranda de Freitas Suplente:	Associação de Moradores das Ruas Silva Teles, Goiânia, Agostinho Menezes e Adjacências
II - Membros representantes dos Profissionais de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS):	
1- Titular: Teresinha Rodrigues de Aquino Suplente:	Coordenadoria de Saúde da AP 2.2
2- Titular: Wilson José Coelho Matheus Suplente: Maria Cristina Marques	Hospital Geral do Andaraí
3- Titular: Catia Alves Suplente: Elizabeth da Luz Marques	Hospital Universitário Pedro Ernesto
4- Titular: Sergio de Oliveira Melo Suplente: Luiz Antonio Lopes Silva Vieira	Instituto Nacional do Câncer INCA III
5- Titular: Teresa Cristina de Souza Oliveira Suplente: Sineide de Paula Silva	Instituto Nacional do Câncer INCA IV
6- Titular: Irani Ferreira dos Santos Suplente: Francisco Eloy Freitas de Souza	Hospital Municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro
7- Titular: Geraldo de Almeida Suplente: Maria Bernadete de Jesus	Associação dos Funcionários do Centro de Reabilitação Oscar Clark
8- Titular: Adriana dos Santos Silva Suplente: Rosimere Maria da Silva	Policlínica Hello Pellegrino
9- Titular: Ana Maria Gera Suplente:	Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão
10- Titular: Francisca Eloina Miranda Suplente: Cláudia Cristina Botelho	Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella
11- Titular: Vera Lucia Barca dos Santos Suplente:	Posto de Saúde Nicola Albano

ANEXO E

Termo de solicitação de autorização a Coordenação de Área 2.2

Solicito a Senhora Coordenadora de Área 2.2 permissão para realizar pesquisa na linha de diagnósticos locais e cuidados básicos em saúde da família no PACS Alto da Boa Vista

A pesquisa será feita sob a coordenação da mestrandia da UNESA Elani Maria de Carvalho Rodrigues e, o tema da dissertação envolve o trabalho dos Agentes comunitários de Saúde do PACS Alto da Boa Vista.

Informo que as transcrições da entrevista e do grupo focal, serão utilizadas unicamente para fins de pesquisa científica, e serão identificadas através de números. É facultado aos ACS participantes abandonar a participação na pesquisa, a qualquer momento, e sem qualquer tipo de prejuízo pessoal.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida diretamente com a mestrandia Elani Maria de Carvalho Rodrigues nos seguintes contatos:

Tel: (21) 2278-0183 / (21) 9891-7759

E-mail: elanimaria@gmail.com.

Ou com a profª orientadora do projeto Profª Dra Miriam Garcia Leoni nos seguintes contatos:

Tel: (21) 25037076

E-mail: miriamleoni@terra.com.br

Rio de Janeiro 14 de julho de 2008

Elani Maria de Carvalho Rodrigues
Elani Maria de Carvalho Rodrigues

*Autouzo a realização
da pesquisa.
no, 22/07/08.*

Solange Fernandes de Souza
Solange Fernandes de Souza
Coordenadora de Saúde P2.2
Mat 11/159.957-0

ANEXO F

ISSN 1677-7042



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
República Federativa do Brasil
Imprensa Nacional



SEÇÃO

1

Ano CXLIII N° 193

Brasília - DF, sexta-feira, 6 de outubro de 2006

Sumário

Table with 2 columns: Atos do Poder Judiciário, Atos do Poder Legislativo, Presidência da República, Ministérios (Agricultura, Ciência e Tecnologia, Cultura, Defesa, Fazenda, Justiça, Previdência Social, Saúde, Comunicações, Minas e Energia, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Esporte, Meio Ambiente, Planejamento, Orçamento e Gestão, Trabalho e Emprego, Transportes, Pênsia da União, Poder Judiciário, Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais) and PÁGINA.

Atos do Poder Judiciário

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL
PLENÁRIO

DECISÕES
Ação Direta de Inconstitucionalidade e
Ação Declaratória de Constitucionalidade
(Publicação determinada pela Lei nº 9.868, de 10.11.1999)

Acréditos

EMBDECLNA AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 1.981-7
PROCED. : CEARÁ (1)
RELATOR : MIN. GILMAR MENDES
EMBDE(S) : GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ
EMBDE(A/S) : PROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA

TABELA DE PREÇOS DE JORNALIS AVULSOS
Table with 3 columns: Páginas, Distrito Federal, Demais Estados. Rows: de 04 a 28, de 29 a 76, de 80 a 186, de 190 a 280, de 284 a 300, de 304 a 324.

EMBDE(A/S) : ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO CEARÁ

Decisão: O Tribunal, à unanimidade, rejeitou os embargos de declaração, nos termos do voto do Relator. Votou a Presidente, Ministra Ellen Gracie. Plenário, 02.08.2006.
EMENTA: Ação Direta de Inconstitucionalidade. 2. Embargos de Declaração. Questões relacionadas à violação do devido processo legal, do contraditório e à inconstitucionalidade por arrastamento. 3. Natureza objetiva dos processos de controle abstrato de normas. Não identificação de sua ou de partes contrárias. Os eventuais requerentes atuam no interesse da preservação da segurança jurídica e não na defesa de um interesse próprio. 4. Informações complementares. Faculdade de requisição atribuída ao relator com o objetivo de permitir-lhe uma avaliação segura sobre os fundamentos da controvérsia. 5. Extensão de inconstitucionalidade a dispositivos não impugnados expressamente na inicial. Inconstitucionalidade por arrastamento. Torna devidamente apreciada no julgamento da Questão de Ordem. 6. Inexistência de omissão, obscuridade ou contradição. 7. Embargos de declaração rejeitados.

Secretaria Judiciária
ANA LUIZA M. VERAS
Secretária

Atos do Poder Legislativo

LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006

Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo pagamento de curso do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

Taço saber que o PRESIDENTE DA REPÚBLICA adotou a Medida Provisória nº 297, de 2006, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Renan Calheiros, Presidente da Mesa do Congresso Nacional, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

- Art. 1º As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.
Art. 2º O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.
Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou

coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área de saúde;
V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Art. 4º O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

Art. 5º O Ministério da Saúde disciplinará as atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de controle e de vigilância a que se referem os arts. 3º e 4º desta Lei e estabelecerá os parâmetros dos cursos previstos nos incisos II do caput do art. 6º e I do caput do art. 7º desta Lei, observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

Art. 6º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

- I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e
III - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º Não se aplica a exigência a que se refere o inciso III do caput deste artigo aos que, na data de publicação da Medida Provisória nº 297, de 9 de junho de 2006, estavam exercendo atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde.

§ 2º Compete ao ente federativo responsável pela execução dos programas a definição da área geográfica a que se refere o inciso I do caput deste artigo, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

CONCURSO Museu da Imprensa
Desenho, Redação, Poesia, Monografia
INFORMAÇÕES
www.in.gov.br
Telefone (61) 3441-9618, 3441-8680 ou 3441-3611
www.concursosimpressao.gov.br



Art. 7º O Agente de Combate às Endemias deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

- I - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e
- II - haver concluído o ensino fundamental.

Parágrafo único. Não se aplica a exigência a que se refere o inciso II do caput deste artigo aos que, na data de publicação da Medida Provisória nº 297, de 9 de junho de 2006, estavam exercendo atividades próprias de Agente de Combate às Endemias.

Art. 8º Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na forma do disposto no § 4º do art. 198 da Constituição Federal, observados os princípios estabelecidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, for local dispor de forma diversa.

Art. 9º A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de prova ou de prova e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de igualdade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos ou entes de administração direta dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios emitir, em cada caso, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa referida no parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 31, de 14 de fevereiro de 2006, considerando-se como tal aquele que tenha sido realizado com observância dos princípios referidos no caput deste artigo.

Art. 10. A administração pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias, de acordo com o regime jurídico de trabalho adotado, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

- I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;
- II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei nº 9.301, de 14 de junho de 1999; ou

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em 30 (trinta) dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

Parágrafo único. No caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do caput do art. 6º desta Lei, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

Art. 11. Fica criado, no Quadro de Pessoal da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, Quadro Suplementar de Combate às Endemias, destinado a promover, no âmbito do SUS, ações complementares de vigilância epidemiológica e combate a endemias, nos termos do inciso VI do caput e parágrafo único do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Parágrafo único. Ao Quadro Suplementar de que trata o caput deste artigo aplica-se, no que couber, além do disposto nesta Lei, o disposto na Lei nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000, cumprindo-se jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais.

Art. 12. Aos profissionais não-ocupantes de cargo efetivo em órgão ou entidade da administração pública federal que, em 14 de fevereiro de 2006, a qualquer título, se achavam no desempenho de atividades de combate a endemias no âmbito da FUNASA e assegurada a dispensa de se submeterem ao processo seletivo público a que se refere o § 4º do art. 198 da Constituição, desde que tenham sido contratados a partir de anterior processo de seleção pública efetivado pela FUNASA ou por outra instituição, sob a efetiva supervisão da FUNASA e mediante a observância dos princípios a que se refere o caput do art. 9º desta Lei.

§ 1º Ao conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e do Controle e da Transparência instituirá comissão com a finalidade de zelar a regularidade do processo seletivo para fins da dispensa prevista no caput deste artigo.

§ 2º A comissão será integrada por 3 (três) representantes da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da União, um dos quais a presidirá, pelo Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde e pelo Chefe da Auditoria Interna da FUNASA.

Art. 13. Os Agentes de Combate às Endemias integrantes do Quadro Suplementar a que se refere o art. 11 desta Lei poderão ser colocados à disposição dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no âmbito do SUS, mediante contrato de concessão pública, sociedade de serviços públicos, mediante contrato de concessão pública, nos termos da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, mantida a vinculação à FUNASA e sem prejuízo dos respectivos direitos e vantagens.

Art. 14. O gestor local do SUS responsável pela contratação dos profissionais de que trata este Lei dispõe sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as especificidades locais.

Art. 15. Ficam criados 5.365 (cinco mil, trezentos e sessenta e cinco) empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito do Quadro Suplementar referido no art. 11 desta Lei, com remuneração mensal estabelecida na forma do Anexo desta Lei, cuja despesa não excederá o valor atualmente despendido pela FUNASA com a contratação desses profissionais.

§ 1º A FUNASA, em até 30 (trinta) dias, promoverá o equiparamento do pessoal de que trata o art. 12 desta Lei na tabela salarial constante do Anexo desta Lei, em classes e níveis com salários iguais aos pagos atualmente, sem aumento de despesa.

§ 2º Aplica-se aos ocupantes dos empregos referidos no caput deste artigo a indenização de cargo de que trata o art. 16 da Lei nº 8.216, de 13 de agosto de 1991.

§ 3º Caberá à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão disciplinar o desenvolvimento dos ocupantes dos empregos públicos referidos no caput deste artigo na tabela salarial constante do Anexo desta Lei.

Art. 16. Fica vedada a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma da lei aplicável.

Art. 17. Os profissionais que, na data de publicação da Medida Provisória nº 297, de 9 de junho de 2006, exerciam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, vinculados diretamente aos gestores locais do SUS ou a entidades de administração indireta, não investidos em cargo ou emprego público e não alcançados pelo disposto no parágrafo único do art. 9º desta Lei poderão permanecer no exercício dessas atividades, até que seja concluída a realização de processo seletivo público pelo ente federativo, com vistas ao cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 18. Os empregos públicos criados no âmbito da FUNASA, conforme disposto no art. 13 desta Lei e preenchidos nos termos desta Lei, serão extintos, quando vagos.

Art. 19. As despesas decorrentes da criação dos empregos públicos a que se refere o art. 13 desta Lei correrão à conta das dotações destinadas à FUNASA, consignadas no Orçamento Geral da União.

Art. 20. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 21. Fica revogada a Lei nº 10.507, de 10 de junho de 2002.

Congresso Nacional, em 5 de outubro de 2006; 135º dia Independência e 118º da República.

Senador RENAN CALHEIROS
Presidente do Mesa do Congresso Nacional

ANEXO

CLASSE	AGENTE DE CUMBATE ÀS ENDEMIAS NÍVEL	SALÁRIO - 40 HS
D	20	1.180,99
	19	1.152,18
	18	1.123,08
	17	1.094,67
	16	1.066,92
C	15	1.039,97
	14	998,12
	13	969,97
	12	946,21
	11	923,14
B	10	879,18
	9	857,23
	8	836,91
	7	816,40
	6	796,49
A	5	758,56
	4	749,06
	3	722,01
	2	704,40
	1	687,23

Atos do Congresso Nacional

ATO DO PRESIDENTE DA MESA DO CONGRESSO NACIONAL Nº 53, DE 2006

O PRESIDENTE DA MESA DO CONGRESSO NACIONAL, cumprindo o que dispõe o § 1º do art. 10 da Resolução nº 1, de 2002-CN, faz saber que, nos termos do § 7º do art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, de 2001, a Medida Provisória nº 317, de 16 de agosto de 2006, que "Altera dispositivos da Lei nº 11.222, de 13 de julho de 2006, que dispõe sobre a reconhecida de dívidas oriundas de operações de crédito rural contratadas na área de atuação da Agência de Desenvolvimento do Nordeste - ADENE, e dá outras providências", terá sua vigência prorrogada pelo período de sessenta dias, a partir de 16 de outubro de 2006, tendo em vista que sua votação não foi concluída nas duas Casas do Congresso Nacional.

Congresso Nacional, 5 de outubro de 2006.
Senador RENAN CALHEIROS
Presidente do Mesa do Congresso Nacional

Atos do Poder Executivo

DECRETO Nº 6.925, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006

Revisão de valores constantes dos arts. 4º e 5º do Decreto nº 5.363, de 29 de julho de 2006, e altera os Anexos VIII, IX, X e XI do Decreto nº 5.780, de 19 de maio de 2006, que dispõe sobre a programação orçamentária e financeira e estabelece o cronograma mensal de desembolso do Poder Executivo para o exercício de 2006, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confiere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto no caput do art. 9º da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e no § 2º do art. 76 da Lei nº 11.178, de 20 de setembro de 2005,

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
CASA CIVIL
IMPRENSA NACIONAL

LUÍZ INÁCIO LULA DA SILVA
Presidente da República

DILMA VANA ROUSSEFF
Ministra de Estado, Chefe da Casa Civil

ERENICE ALVES GUERNA
Secretária Executiva da Casa Civil

FERNANDO TOLENTINO DE SOUSA VIEIRA
Diretor Geral da Imprensa Nacional

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
SEÇÃO 1

Publicação de atos normativos

JORGE LUIZ ALENCAR GUERRA
Coordenador-Geral de Publicação e Divulgação

ANA CRISTINA MARQUES BATISTA
RCC: 07033787
Coordenadora de Editoração e Divulgação Eletrônica dos Jornais Oficiais

FRANCISCO DAS CHACAS PEREIRA
Coordenador de Produção

http://www.dju.gov.br e-mail: ouvidoria@dju.gov.br
SIC, Quadra 6, 146-800, CEP 70610-460, Brasília - DF
CNPJ: 04192415/0001-01
Fone: 0800-619900

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)