

Educação e Saúde: Territórios de Responsabilidade, Comunidade e Demandas Sociais

Education and Health: Territorial Responsibility, Community, and Social Demands

Roseli Esquerdo Lopes^I
Ana Paula Serrata Malfitano^I
Ariane Machado Palma^{II}
Paula Giovana Furlan^{III}
Eni Marçal de Brito^{IV}

PALAVRAS-CHAVE:

- Política de Saúde
- Equidade em Saúde
- Formação de Recursos Humanos
- Saúde da Família

KEYWORDS:

- Health Policy
- Equity in Health
- Human Resources Formation
- Family Health

RESUMO

Este trabalho integra a pesquisa “Ações Básicas de Saúde e a Construção do SUS: Cidadania, Direitos e Políticas Públicas”, que questiona, a partir de uma perspectiva sócio-histórica, a Estratégia de Saúde da Família. Discute-se a inclusão/exclusão na Atenção Básica de demandas comunitárias e daquelas referentes a problemáticas não tradicionalmente acolhidas pela saúde, como das pessoas com deficiência ou portadoras de transtorno mental, enfocando-se a ação dos agentes comunitários de saúde (ACS). Destaca-se o papel da formação dos estudantes e a possibilidade de potencializar a integração ensino-serviço para as demandas desses grupos populacionais. Trabalhou-se com três experiências, nas cidades de São Paulo e de São Carlos (SP), buscando definir estratégias para a sensibilização e formação dos ACS para lidar com demandas trazidas pela comunidade. O envolvimento real com a comunidade e a sensibilização/capacitação do ACS acerca das necessidades de grupos populacionais específicos e das demandas sociais para além da saúde básica são estratégias fundamentais para efetivar a noção de responsabilidade territorial em saúde e a real universalização da atenção.

ABSTRACT

This study is part of a larger research project on “Primary Care and the Construction of the Unified National Health System: Citizenship, Rights, and Public Policies”, which takes a socio-historical perspective to question the Family Health Strategy. The article discusses the inclusion/exclusion of Primary Care for community demands and those related to issues not traditionally covered by health, such as persons with disabilities or mental disorders, with a focus on action by community health workers (CHWs). The study highlights the role of student training and the possibility of strengthening the integration between teaching and services for the demands by these population groups. Three experiences were analyzed in the cities of São Paulo and São Carlos, seeking to define strategies for awareness-raising and training of CHWs to deal with community demands. Real involvement with the community and awareness-raising and training of CHWs concerning the needs of specific population groups and social demands beyond basic health needs are fundamental strategies for implementing the notion of territorial responsibility in health and genuinely universal care.

Recebido em: 31/03/2010

Aprovado em: 26/08/2010

^I Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

^{III} Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

^{IV} Prefeitura Municipal de Campinas. Centro de Saúde Taquaral, Campinas, SP, Brasil.

APRESENTAÇÃO

As reflexões aqui apresentadas integram a pesquisa “Ações Básicas de Saúde e a Construção do SUS: Cidadania, Direitos e Políticas Públicas”, que contou com financiamento do CNPq e do Ministério da Saúde. A partir de uma perspectiva sócio-histórica das políticas de saúde no Brasil, são problematizadas as ações básicas de saúde relacionadas à Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de investigar a inclusão/exclusão de demandas comunitárias e daquelas referentes às problemáticas não tradicionalmente acolhidas pela saúde básica, como de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, de pessoas com deficiência ou de pessoas com transtorno mental. Enfocam-se as ações dos agentes comunitários de saúde (ACS), refletindo sobre a construção de estratégias de sensibilização, formação e/ou reciclagem no campo da atenção a esses grupos populacionais, relacionando as atuais proposições de formação profissional de estudantes de nível superior das carreiras da área da saúde, por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), debatendo suas possíveis contribuições para potencializar o trabalho do ACS no que concerne à atenção aos grupos citados.

Para isto, trabalhou-se com três experiências: (a) numa região do Centro expandido da cidade de São Paulo, caracterizada pela presença de cortiços, ex-cortiços e do movimento social de luta por moradia urbana; nesse local se analisou a atuação de cinco ACS, sendo três deles membros do movimento popular e dois líderes em suas comunidades; (b) também em São Paulo, numa proposta específica de atenção em saúde mental e às pessoas com deficiência; (c) e o acompanhamento de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) da cidade de São Carlos (SP), com enfoque na ação dos ACS, que demonstrou a necessidade de estratégias de formação para intervenção nos grupos populacionais mencionados.

Questiona-se o alcance da Atenção Básica, em seu modelo predominante, e as possibilidades de sua potencialização por meio da intervenção do ACS para inclusão de outros grupos populacionais presentes nos diferentes territórios, discutindo uma concreta universalização e equidade do atendimento na Atenção Básica em saúde.

A proposição metodológica se inseriu no campo das pesquisas qualitativas, trabalhando-se a partir de uma visão que busca, também, incluir informações quantitativas para compreender o objeto em suas relações com os diferentes aspectos da realidade sob investigação^{1,2}.

Lançou-se mão dos recursos de observação participante, por meio do acompanhamento das ações dos ACS a fim de conhecer *in loco* suas ações e compreender as demandas específicas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os

gestores e técnicos da ESF, para as quais se categorizaram os temas-guia que perpassaram os depoimentos dos atores que entrevistaram nos processos aqui pesquisados, classificando-os de maneira sistemática.

PRIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BÁSICA NO CENÁRIO NACIONAL

A Constituição de 1988 estabeleceu um reordenamento dos serviços e das ações de saúde. Foram incorporadas novas doutrinas que visam assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços de saúde de forma equânime, adequada e progressiva. Para tanto, criou-se o Sistema Único de Saúde, o SUS. Suas diretrizes condicionam as ações e os serviços de saúde, sendo elas: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade por intermédio das instâncias colegiadas³.

O Estado passar a ter o dever de se responsabilizar pela atenção integral à saúde de *todos* – e grife-se – os cidadãos brasileiros, o que cria a possibilidade de reivindicação de assistência por grupos populacionais antes não assistidos pelo serviço público, assim como de implantação de novas ações e serviços de saúde que possam acolher diferentes problemáticas.

Contudo, com o avanço mundial do neoliberalismo e suas estratégias de ação para constituir um Estado mínimo exatamente quando toma força no Brasil a luta pela ampliação de direitos sociais, a implantação do SUS – cujas proposições estão calcadas em princípios públicos e universalizantes, e não em focalizações seletivas e privatizações das políticas neoliberais – se dá sob o signo de intensa contradição entre o avanço formal jurídico institucional e as dificuldades da realidade econômica concreta.

Os princípios neoliberais, aplicados à gestão do Estado brasileiro em diferentes níveis ao longo da década de 1990, levaram, entre outros fatores, a uma implantação parcial do SUS. Conforme Campos⁴, o Estado brasileiro “vem por ele próprio impedindo a efetiva implantação do SUS” (p. 113), principalmente por meio da redução dos gastos públicos na saúde.

A Atenção Básica tem sido incentivada pelo governo federal via investimentos financeiros diferenciados, fundamentalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família. Esta proposição se coaduna com os princípios do Banco Mundial, que sugere que as ações em saúde sejam de caráter básico e direcionadas aos que não têm acesso ao mercado privado, ou seja, aos planos de saúde e ao desembolso direto. Nessa direção, o Banco Mundial vem financiando a ampliação da Atenção Básica em saúde no Brasil no que tange à sua “implementação” em centros urbanos mais adensados demograficamente.

A Estratégia de Saúde da Família é definida pelo Ministério da Saúde como⁵:

uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Portanto, o objetivo apresentado é de reorganização da prática assistencial, com mudança do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. É um programa para reestruturação da Atenção Básica, na prevenção e promoção da saúde, articulado com a assistência curativa, de média e alta complexidade, de forma integrada, contínua, resolutiva e humana⁵. Para Mendes⁶ e Sousa⁷, trata-se de uma estratégia de alteração da lógica de assistência na constituição de um novo modelo de atenção à saúde.

Questiona-se, portanto, a prática médica flexneriana, que vê saúde como ausência de doença, sugerindo-se a construção de um novo conceito, demandando importantes alterações nas práticas de saúde. Os espaços para cuidar da saúde agora são os domicílios e as UBS, por serem mais próximos do local de convivência da população, e não os hospitais e prontuários⁷. O trabalho no território e na comunidade permite transformar e problematizar a realidade aparente do cotidiano das condições de vida das pessoas, compreendê-la em sua complexidade. É o transformar a “paisagem em problema”⁶. A Estratégia Saúde da Família impõe uma nova prática de atenção, que deve ser capaz de: cuidar da saúde das famílias de forma humanizada e com vínculos; fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde; ampliar a rede de instituições parceiras (ensino-serviço); democratizar o conhecimento do processo saúde-doença e da organização dos serviços; estimular o direito à saúde como direito de cidadania; incentivar a participação da população; e pactuar uma agenda integrada entre saúde e outros setores (intersetorialidade).

Na prática dos serviços, há, ainda, lacunas relevantes em discussão. A mais importante delas é o não consenso, mundial, sobre o que é Atenção Básica à saúde. Outra é a defesa de serviços básicos como mais relevantes no setor e principais referenciais para os serviços e ações de saúde, enquanto permanecem a predominância, a preferência e a valorização dos serviços especializados e dos grandes hospitais. As pessoas continuam vinculando qualidade do atendimento à variedade e à complexidade dos atos médicos e ao número de especialistas a que são encaminhadas⁸.

Podemos discutir a respeito da integralidade da atenção à saúde preconizada na Constituição *versus* a política de priorização da Atenção Básica. Para alguns, a integralidade não conflita com a fixação de prioridades por vivermos num país em que os recursos são escassos, e a heterogeneidade da população impõe a coexistência de diferentes políticas e até de prioridades. Mas a integralidade poderia estar em risco se os municípios, por não terem recursos adicionais, deixassem de executar ações nos demais níveis de atenção⁹. A Atenção Básica pode ter sua existência e eficácia comprometidas caso não conte com uma rede para os encaminhamentos nos outros níveis de atenção.

Um dos principais problemas na constituição das Equipes de Saúde da Família está na formação dos técnicos e profissionais. A dupla médico e enfermeiro, em geral, assim como os demais profissionais que vêm compondo as equipes, não está preparada para o novo modelo de atenção proposto e acaba por reproduzir o tratamento de doenças e não de pessoas. Além disso, as responsabilidades da equipe deveriam lidar com a concepção de atenção integral, primeiramente, e não se ater apenas ao mínimo necessário, para que a proposta possa ir além da atenção focalizada, não ampliada¹⁰.

Vale destacar que ações voltadas para a formação profissional já estão em curso, como a implantação dos Polos de Formação, Capacitação e Educação Continuada em Saúde da Família, desde 1997. Esses polos consistem na articulação entre as instituições de serviço e as de ensino, para treinamento das equipes, educação permanente e inovações curriculares no âmbito da graduação e pós-graduação. Nesta direção, a experiência do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde) tem criado oportunidades para que estudantes de diferentes cursos de graduação possam estar em contato com o cotidiano dos serviços e tenham a possibilidade de introduzir novas temáticas para Atenção Básica quando supervisionados por docentes que atuem nessa direção.

Apresentamos a seguir os relatos de campo a fim de discutir a atenção a grupos populacionais comumente distantes deste nível de cuidado, compreendendo que a presença de

estudantes de graduação em programas como o PET-Saúde pode ser potencializada para a discussão sobre tal realidade e para a sensibilização e formação de ACS no que tange às especificidades de alguns grupos populacionais.

AS EXPERIÊNCIAS EM ANÁLISE

Lideranças de Movimento Popular Urbano e o Exercício da Função de ACS

Na experiência que acompanhamos na região do Centro expandido da cidade de São Paulo, contamos com um conjunto habitacional construído pelos próprios moradores, pelo sistema de mutirão de autoajuda, resultante da luta do movimento de moradia local, e também com uma ocupação em fase de transformação em um novo conjunto habitacional. A residência na região central da cidade é uma das bandeiras do movimento local.

No passado, tais locais foram cortiços, tendo sido transformados em conjuntos habitacionais. O cortiço é a forma de habitação proletária mais antiga na cidade de São Paulo e mantida até os dias atuais. Caracteriza-se pela divisão de uma área em cubículos, onde cada família reside com a divisão de áreas molhadas, como banheiros e pias¹¹.

A atuação do movimento social de moradia ainda está presente tanto em torno das questões comunitárias daqueles que já têm sua residência, quanto para a articulação e transformação de outros cortiços da região em habitações populares.

Neste cenário, os cargos de ACS na região foram ocupados por lideranças participantes do movimento de moradia local, trazendo particularidades a esta experiência¹². Tal fato vai ao encontro do princípio do Ministério da Saúde que indica um perfil prioritário de liderança para o exercício do trabalho do ACS¹³. Dos cinco ACS da microárea estudada, três eram do movimento popular, sendo dois líderes locais.

No acompanhamento das atividades realizadas, observamos que havia uma sensibilidade dos ACS para as necessidades sociais locais, ampliando o leque de demandas para além da relação saúde-doença. Eram listados como demandas da região casos como os de pessoas portadoras de deficiência ou transtorno mental, a questão da violência doméstica, das drogas, do cortiço, da fome, da falta de vaga em creches. O ACS era apresentado pelo seu "vizinho" como alguém que poderia auxiliá-lo, pois estava inserido em um serviço de caráter público, o que facilitaria a comunicação e a apresentação de suas demandas naquele momento, demandas que poderiam estar ou não relacionadas a *ações básicas de saúde*, mas que eram, na maioria das vezes, *ações sociais básicas*¹⁴.

Muitas vezes, as demandas que ultrapassam o âmbito da saúde básica são encaminhadas e não reconhecidas como trabalho da alçada do agente comunitário. Este busca informações com os profissionais da equipe, pede apoio para esclarecer certas problemáticas, pergunta sobre equipamentos da saúde que desconhece e orienta a população. A maioria, no entanto, só reconhece sua ação profissional quando se trata de encaminhamentos para demais serviços de saúde. A discussão da promoção de ações para além da saúde básica não está no rol daquilo que o agente comunitário reconhece como trabalho, embora, com frequência, esteja presente na prática cotidiana.

Encontrou-se, portanto, uma sensibilização dos ACS para uma atenção interdisciplinar e integral, que, porém, não encontrava respaldo dos gestores locais para o seu desenvolvimento.

Sensibilização e Formação dos Agentes Comunitários: Atenção à Saúde x Demanda de Grupos Populacionais Específicos

Em abril de 1996, iniciou-se uma tríplice parceria entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo e uma entidade filantrópica conveniada ao SUS para iniciar a implantação da Estratégia de Saúde da Família na região leste do município de São Paulo, com a denominação de Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis I).

O município de São Paulo, que possui cerca de 10 milhões de habitantes alternados em concentrações de renda muito elevadas ou muito baixas, revelou a necessidade de que o projeto se colocasse próximo à população com maiores dificuldades socioeconômicas, por meio de Unidades de Saúde da Família.

Com o passar dos anos, este trabalho foi ampliado, passando a agrupar outras regiões da cidade, porém permanecendo de forma focalizada em determinados territórios. David Capistrano Filho, coordenador do projeto Qualis/PSF da Secretaria Estadual de Saúde (SP) e da Fundação Zerbini (1998/2000), trouxe a discussão de que, frente à complexidade dos problemas de saúde da população da cidade de São Paulo, seria inviável tentar dar respostas aos principais problemas apenas com a equipe básica do, à época, denominado Programa de Saúde da Família, a equipe mínima.

Assim, foram criados os Programas de Saúde Mental, Saúde Bucal e Saúde das Pessoas com Deficiência, com o objetivo de que as equipes mínimas de saúde da família pudessem se apropriar de ações básicas relativas à saúde mental, à saúde bucal e à saúde da pessoa com deficiência e para que também passassem a desenvolver e disseminar conhecimentos para os familiares, os cuidadores e a comunidade por meio

de um processo de cuidado e inserção de pessoas com essas necessidades.

A proposição se dá a partir da realização de um trabalho em um ambiente desprotegido e pressupõe a disponibilidade para se fazer presente, estar junto, intervir e conviver em situações de dificuldade e de violência, tendo como fundamento os princípios antimanicomiais e comunitários.

A intervenção da equipe é realizada com a família (todas as pessoas que coabitam, com relação sanguínea ou não), a partir da qual se pretende compreender o funcionamento das inter-relações e as necessidades diante do sofrimento, por meio da escuta, do vínculo de confiança e do acolhimento.

Para o desenvolvimento desta estratégia, os agentes comunitários e demais profissionais das equipes de saúde da família e da saúde mental foram capacitados quanto às diferenças de atendimento propostas por este programa.

Observamos que a capacitação criou uma sensibilidade de intervenção para os ACS, a qual despertava uma atenção e um interesse dirigidos às populações específicas focadas e às situações complexas presentes no território, como a questão das diferentes modalidades de violência.

Esta sensibilização, advinda da capacitação e do foco no programa em grupos populacionais específicos, demonstrou a possibilidade de ampliação das ações da Atenção Básica em saúde em direção à universalização do atendimento, incluindo todas as pessoas do território, e a potencialização do trabalho a partir do modelo em vigor, com a priorização dos profissionais que desenvolvem a atenção e sua condição para desenvolver o trabalho.

A Demanda por Novas Ações: o Caso de um Município do Interior Paulista

O município de São Carlos ocupa uma área de 1.132 km² e conta com uma população de 214.785 habitantes, dos quais 95,1% na área urbana. Está situado na região central do Estado de São Paulo, a 232 km a noroeste da capital.

O Programa de Saúde da Família foi implantado no município em 1997 com a configuração da equipe mínima de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, de quatro a seis agentes comunitários de saúde, e outros profissionais, como dois terapeutas ocupacionais, um fisioterapeuta e um odontólogo, com os objetivos de: (a) ampliar o conceito de saúde da população; (b) identificar fatores sociais, econômicos e sanitários, bem como fatores de risco e agravo, que determinam o processo saúde-doença; (c) garantir maior vinculação da comunidade e das famílias ao sistema de saúde local; (d) desenvolver procedimentos básicos de saúde com maior resolubilidade; (e) prevenir doenças por meio do conceito de

educação em saúde e trabalhando com a vigilância em saúde, entre outros¹⁵.

A partir do acompanhamento do trabalho desenvolvido, percebeu-se a inexistência de equipes de saúde da família ampliadas, ou seja, com a participação de profissionais além da equipe básica. Muitas vezes, não são percebidas as demandas locais de ações básicas nas áreas da infância e da adolescência em situação de vulnerabilidade pessoal e social, da saúde mental e das pessoas que sofrem psicologicamente. Dessa maneira, muitos casos que poderiam ser levados até a equipe pelos ACS não sofrem uma intervenção, porque acabam não sendo reconhecidos.

Por isso, foi fundamental conhecer a ação dos ACS, sua compreensão do programa pela execução do qual são responsáveis nas comunidades e como lidam com as problemáticas não atinentes a questões tradicionalmente entendidas como de saúde básica.

A partir daí, propusemos uma sensibilização, formação e/ou reciclagem para os agentes comunitários de saúde da cidade acerca de questões referentes à atenção de pessoas com deficiência, pessoas com transtorno psíquico e crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, com a proposta de melhorar a qualidade de vida dessa população, para que suas demandas fossem identificadas e atendidas. Esta proposição, contudo, não pôde ser efetivada.

Atualmente, São Carlos ampliou a equipe dedicada à Atenção Básica em saúde e vem envidando esforços para contratar outras categorias profissionais para intervenção exclusiva nessa modalidade. Uma parceria junto à universidade, por meio da implantação da residência multiprofissional (2007) e do PET-Saúde (2009), tem instituído novos profissionais nas equipes das Unidades de Saúde da Família, e outras demandas de saúde têm sido tratadas.

Por fim, os três campos acompanhados demonstraram a necessidade de ações junto aos ACS para ampliar a atenção a determinados grupos populacionais no nível da Atenção Básica em saúde. Nesta direção, uma relevante contribuição dos estudantes de graduação em formação nos serviços seria a efetivação de propostas desta natureza, com o intuito de instituir mudanças e ampliar o escopo da intervenção em curso.

AÇÕES DE SAÚDE BÁSICA X AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

A ampliação da clientela na Atenção Básica em saúde, avançando para grupos populacionais comumente ausentes deste nível de atenção, parte de determinada compreensão sobre as ações de saúde, que discutimos a seguir.

Para muitos, a Atenção Básica em saúde é sinônimo de atenção primária, apoiados nas resoluções da Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, que apontava que a atenção primária é composta de cuidados essenciais de saúde no primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde¹⁶. Na maior parte das vezes, o critério utilizado no conceito de Atenção básica é o nível de complexidade da ação e/ou serviço. No caso, a Atenção Básica compreenderia as ações menos complexas, primárias.

Para o Ministério da Saúde, Atenção Básica é o conjunto de ações situadas no primeiro nível de atenção, excluindo ações de saúde pública como as realizadas pela vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e controle de vetores⁵.

As diretrizes do SUS preveem ações descentralizadas e territorializadas, organizadas de acordo com a demanda local. Isto significa dizer que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem prover todas as intervenções sem complexidade tecnológica que dada comunidade demandar, ou seja, toda a população deve ter acesso a este serviço, inclusive os portadores de deficiência física, de transtornos mentais, as crianças em situação de risco, os idosos – **todos**, enfim. A rede básica prevê um modelo “[...] incompatível com a ideia de que tudo que é básico é também barato, pobre e primário”¹⁶ (p. 57). O que implica dizer que não apenas a equipe de saúde básica deve estar presente na UBS, ou seja, há necessidade de incorporação de recursos humanos e estrutura física para promover *ações básicas de saúde*.

Para a Estratégia de Saúde da Família, são previstas *ações básicas* regulamentadas por uma complementaridade da NOB/96, o Manual de Organização da Atenção Básica, que discrimina tais ações, entre as quais não estão incluídas, por exemplo, a saúde mental, a saúde da pessoa portadora de deficiência e a assistência odontológica, entre outras.

Já as *ações básicas de saúde* estão relacionadas com as demandas daquela população, de acordo com suas características socioculturais e econômicas. Trata-se de outro conceito de saúde, que não se restringe à ausência de doença, pois tem como desafio a integração de toda a população no território e a atenção a essa população. Aproxima-se, portanto, do conceito de *Unidade Básica de Saúde* como local de promoção da saúde segundo a demanda local.

Não podemos fazer com que uma experiência, um modelo de atendimento se transforme no “modelo ideal”. Segundo Campos⁴, é necessário ressaltar que fatores de risco e algumas enfermidades exigem modelos mais complexos, e as ações devem ser diferenciadas de acordo com as demandas de cada território.

Para avançar no imaginário cultural sobre o conceito de saúde e ampliar a discussão sobre a promoção da saúde, da

qualidade de vida e da integração social, nos apoiamos na diferenciação entre *ações de saúde básica* – que dizem respeito à assistência tradicional do campo da saúde coletiva – e *ações básicas de saúde* – relacionadas à demanda de determinada população adscrita no território. Com base nessa diferenciação, questiona-se a natureza do desenvolvimento das ações, pontuando se elas “se restringem” ao campo das *ações de saúde básica*, direcionadas à atenção que busca melhores índices epidemiológicos tradicionais de dada comunidade, ou se a intervenção se dedica à promoção de *ações básicas de saúde*, direcionadas às demandas daquela comunidade, incluindo outras dimensões que não “apenas” as relacionadas ao binômio saúde-doença.

Quando a Estratégia de Saúde da Família prevê *ações de saúde básicas* a serem executadas por equipe composta pelo ACS, pelo enfermeiro, pelo auxiliar de enfermagem e pelo médico generalista, parece se referir a ações simplificadas do âmbito da atenção primária, que, quando colocadas no nível do indivíduo, se restringem, na maior parte das vezes, a ações gerais quanto a diabetes, hipertensão, pré-natal, entre outras.

Dentre algumas experiências não tradicionais no campo da atenção à saúde básica, tivemos grupo com portadores de transtorno mental grave nas UBS, atendimento individual e em grupo para portadores de deficiência, grupos terapêuticos e de geração de renda em UBS, ações dos Centros de Convivência e Cooperativas, além de muitos outros exemplos¹⁷.

Vale ressaltar que esta discussão não tem por objetivo valorizar uma ação em detrimento de outra. Pelo contrário, o objetivo é ressaltar a importância de ambas, evidenciando o papel igualmente relevante das *ações básicas de saúde*.

É necessário, portanto, definir *ação de saúde básica* e *ação básica de saúde*. O que aparenta ser uma simples inversão de palavras revela uma diferença de conteúdo significativa para esta discussão.

A atenção em saúde, em seu primeiro nível, pode oferecer ações além da saúde básica, além da saúde clínica, abrangendo as demandas da população adscrita do serviço de saúde de acordo com suas características socioculturais e econômicas, não se restringindo ao conceito de saúde como ausência de doença, mas, sim, promovendo saúde. Com a figura do ACS seria possível ampliar essas ações, pois as demandas que ele encontra na comunidade ultrapassam a saúde clínica e afetam os processos restritos de adoecimento, como nos casos de deficiências mental, sensorial e física, sofrimento psíquico, barreiras sociais de diversas ordens a pessoas com deficiência e idosos, crianças e adolescentes fora do sistema escolar, falta de condições de moradia, violência, risco e vulnerabilidade social. Essas problemáticas, porém, não são reconhecidas como da alçada do ACS e nem mesmo da Equipe de Saúde da Fa-

mília⁷. A partir da valorização da aproximação do ACS com a real demanda da população, buscando ações intersetoriais, poderiam ser geradas 'ações básicas de saúde' no âmbito da saúde integral para todos os cidadãos¹⁴.

Entendemos as redes sociais e pessoais de suporte, conforme trabalhadas por Castel¹⁸, como elementos fundamentais na definição de maior ou menor vulnerabilidade daquele que tem uma integração precária no mundo do trabalho, como elementos que podem impedir o que esse autor denomina *desfiliação*. A rede de equipamentos da saúde é de extrema importância nessa composição.

Os espaços territoriais priorizados e as comunidades a que pertencem e onde atuam os ACS se inscrevem, na maioria das vezes, numa zona de vulnerabilidade social. A Atenção Básica em saúde, a nosso ver, caso ultrapasse os limites da *saúde básica* tradicionalmente configurada, tem importantes contribuições a oferecer para o fortalecimento das redes sociais de suporte dessas comunidades.

As questões relativas à atenção das demandas de saúde/doença mental e saúde da pessoa com deficiência permanecem um desafio.

Potencializar o trabalho dos ACS, valorizar a aproximação com a real demanda da população e, a partir daí, buscar ações intersetoriais pode ser um caminho para a melhoria da qualidade de vida e para a ampliação das *redes sociais de suporte*¹⁸ da população.

Cabe ressaltar as potencialidades das ações dos ACS na promoção de intervenções para além das ações de saúde básica, na perspectiva de uma estratégia que torne possível aos ACS de todos os municípios brasileiros atuar como elementos relevantes na reconstituição e na ressignificação das redes sociais de suporte de sua comunidade. Resta saber se para os coordenadores e gestores, em cada nível, apoiar e reafirmar ações que desencadeiem a ampliação das redes de suporte social da comunidade representa ou não um objetivo a atingir, podendo-se, dessa forma, promover a legitimação das ações dos ACS para além da saúde básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As três experiências citadas, que embasaram as reflexões aqui apresentadas, demonstraram particularidades que demandam apontamentos próprios, não abordados neste manuscrito, mas que refletem uma riqueza do campo e outros desdobramentos a pesquisar¹⁹.

Entretanto, o recorte aqui apresentado está centrado na discussão crítica sobre a Estratégia de Saúde da Família enquanto modelo de Atenção Básica em saúde no Brasil, sua necessária relação com o modelo econômico vigente e também

suas potencialidades, já que traz uma particularidade por meio do trabalho do ACS.

Contudo, se for intenção do programa a universalização do atendimento para todos, como os grupos que destacamos – pessoas portadoras de deficiência física, sofrimento mental, e crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social –, será necessário aprofundar o trabalho desenvolvido. Para tanto, destacamos a *educação em saúde*, do ponto de vista da Saúde Coletiva, como aquela que possibilita aos grupos e às classes sociais um “apoderamento” dos elementos necessários para lutar pela transformação de suas formas de trabalhar e de viver²⁰, sendo, assim, um dos instrumentos para a compreensão da desigualdade e da exclusão de grupos populacionais ou de problemáticas que não são tradicionalmente acolhidas pelos serviços de saúde. Nesta direção, visualizamos uma potencialidade no trabalho desempenhado pelos estudantes de graduação em sua formação em serviço como elemento contribuinte para esta finalidade, desde que supervisionado por docentes e técnicos direcionados a esta preocupação.

Paulo Freire²¹ nos traz a concepção de *educação libertadora* como a educação fundada na criatividade, problematizadora, empenhada na desmitificação, estimuladora da reflexão e ação dos homens, e possuidora, principalmente, do diálogo como desvelador da realidade.

Tais conceitos nos levam a compreender que o processo de trabalho dos ACS, frente às demandas do território, pode ser ampliado por meio da *educação em saúde*, considerando que a efetividade do conhecimento adquirido deve ser contextualizada com relação ao cotidiano, às experiências e aos saberes destes profissionais também da comunidade.

Desse modo, a oferta de processos contínuos de formação em saúde para o agente é necessária para que ele desenvolva todas as ações propostas; uma formação partindo do que o ACS vive no cotidiano de trabalho e das demandas que a população lhe apresenta. Cabe aos gestores conduzir o processo de trabalho na direção do desenvolvimento da educação em saúde, podendo lançar mão de parcerias com as universidades, com vistas a uma ação imediata, assim como ao investimento em futuros profissionais que poderão compor o quadro público de técnicos da Atenção Básica em saúde.

O envolvimento real com a comunidade e a sensibilização/capacitação do ACS com relação às necessidades de grupos populacionais específicos e para lidar com demandas sociais, para além da saúde básica, são estratégias fundamentais para efetivar a noção de responsabilidade territorial em saúde e ampliar o acesso à saúde para **todos**, indiscriminadamente. A ressignificação do paradigma norteador das ações de saúde, ressaltando a importância do papel do Agente Comunitário de

Saúde, pode ser um importante instrumento para fortalecer as redes sociais de suporte da população atendida.

Encontra-se nas mãos dos gestores, locais e centrais, a decisão sobre o objetivo de desenvolvimento da Atenção Básica em saúde e a consequente condução do programa, bem como sobre a formação de seus profissionais, entre eles o ACS, segundo as bases planejadas. As diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde são amplas e ambiciosas, e possibilitam a pluralidade de práticas que podem se dedicar à ampliação das redes sociais de suporte da população atendida. Entretanto, o que se observou neste estudo é que o enfoque se detém, majoritariamente, nas ações direcionadas à intervenção na *saúde básica*, tradicionalmente configurada. Se “somente” essa dimensão for pautada, trilha-se um caminho definido pelo controle de doenças e problemáticas há muito consideradas prioritárias no campo da Atenção Básica. Todavia, sem abrir mão da necessidade de dar conta dessas prioridades, se os gestores estabelecerem, clara e efetivamente, o referencial de ampliação de ações, há possibilidades que extrapolam o campo da saúde, avançando para o espaço intersetorial e para intervenções concretas nas redes sociais de suporte de comunidades mais vulneráveis.

Apoio: Este trabalho é produto da pesquisa “Ações Básicas de Saúde e a Construção do SUS: Cidadania, Direitos e Políticas Públicas”, que contou com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Ciência e da Tecnologia – MCT/CNPq, Processo – 472635/2004-2, e deste em convênio com o Ministério da Saúde, Processo – 403108/2004-7.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
2. VÍctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Imprensa Oficial; 1990.
4. Campos GWS. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: Fleury S. Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 113-24.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamneto de Atenção Básica [homepage]. Brasília: MS – [acesso 23 mar. 2010]. Atenção Básica e a Saúde da Família. Saúde da Família; [cerca de 1 tela]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atenaobasica.php>.
6. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
7. Sousa MF. A cor-agem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2001.
8. Sousa MF, org. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.
9. Marques RM, Mendes AA dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde – SUS. In: Sousa MF, org. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002. p.71-101.
10. Teixeira MJO. O Programa de Saúde da Família, o serviço social e o canto do rouxinol. In: Bravo MIS, Pereira PAP, org. Política social e democracia. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.235-54.
11. Kowarick L, Ant C. Cem anos de promiscuidade: o cortiço na cidade de São Paulo. In: Kowarick L (org.) As lutas sociais e a cidade: São Paulo, passado e presente. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1994. p73-91.
12. Malfitano APS. Atrás da porta que se abre: demandas sociais e o Programa de Saúde da Família. Holambra: setembro; 2007.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: MS, Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
14. Malfitano APS, Lopes RE. Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários: demandas para além da saúde básica. Rev Terap Ocupacional USP. 2003;14(3):110-7.
15. São Carlos. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de São Carlos. Projeto PSF. São Carlos, SP:[s.n.]; 1998.
16. Campos GWS. Modelos assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate. In: Merhy EE, org. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec; 1989. p.53-60.
17. Oliver FC, Barros DD, Lopes RE. Estudo sobre a incorporação da Terapia Ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa com deficiência no município de São Paulo entre 1989 e 1993. Rev Terap Ocupacional USP. 2005;16(1):31-9.
18. Castel R. Da indignância à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A. Saúde Loucura 4. São Paulo: Hucitec;1994. p.21-48.
19. Lopes RE, Malfitano APS, Palma AM, Furlan PG, Brito EM. Ações básicas de saúde e a construção do SUS: cidadania, direitos e políticas públicas. Brasília: MS;2007.
20. Freire P. Pedagogia do oprimido. 40 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
21. Freire P. Educação como prática da liberdade. 9 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Roseli Esquerdo Lopes elaborou e coordenou a pesquisa, supervisionou o trabalho de campo e redigiu o manuscrito. Ana Paula Serrata Malfitano participou da elaboração do estudo, do desenvolvimento do trabalho de campo na região do Centro expandido de São Paulo e da redação do manuscrito. Ariane Machado Palma desenvolveu o trabalho de campo junto ao Projeto Qualis em São Paulo. Paula Giovana Furlan desenvolveu o trabalho de campo em São Carlos. Eni Marçal Brito acompanhou as atividades de campo em São Carlos. Todos os autores colaboraram na redação do artigo, aprovando sua versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Roseli Esquerdo Lopes
Universidade Federal de São Carlos
Rodovia Washington Luís, km 235 – SP-310
Jardim Guanabara - São Carlos
CEP. 13565-905 Cx Postal. 676 SP
E-mail: relopes@ufscar.br