

**Conhecimento de agentes comunitárias de saúde acerca dos determinantes sociais em sua comunidade adscrita**

*The knowledge of community health agents regarding social determinants in their ascribed community*

*Conocimiento de agentes comunitarios de salud acerca de los determinantes sociales en su comunidad adscripta*

Fabiana Ribeiro Santana<sup>1</sup>, Rafaela Pereira Lima<sup>2</sup>, Mayra Maia Lopes<sup>3</sup>, Julliane Scalia Fernandes<sup>4</sup>, Normalene Sena Oliveira<sup>5</sup>,  
Walterlânia Silva Santos<sup>6</sup>, Cinira Magali Fortuna<sup>7</sup>

**RESUMO**

Esta investigação, de natureza qualitativa, objetivou identificar o conhecimento de agentes comunitárias de saúde da Estratégia Saúde da Família acerca dos Determinantes Sociais da Saúde em sua área adscrita. Para tanto, utilizamos a técnica do grupo focal com registros em gravador de voz portátil digital e filmadora, após autorização. A análise dos dados foi fundamentada na análise de conteúdo. Os dados foram agrupados em três categorias temáticas: Estilo de vida dos indivíduos – formas, social e cultura, determinadas de vida; Redes sociais e comunitárias – nível de coesão social, condições de vida e trabalho – condições materiais necessárias à subsistência. A identificação e a análise dos Determinantes Sociais da Saúde poderão favorecer o estabelecimento de práticas apropriadas de gestão com a finalidade de auxiliar o processo de tomada de decisão; a conformação de redes de cooperação; a avaliação crítica do processo saúde-doença e o redirecionamento do cuidado.

**Descritores:** Programa Saúde da Família; Nível de Saúde; Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

**ABSTRACT**

The objective of this qualitative study was to identify the knowledge of community health agents working in the Family Health Strategy regarding the social health determinants in their ascribed area. To do this, the focal group technique was used, with sessions registered using a digital voice recorder and camera with the subjects' authorization. A content analysis of the data was performed. The data were grouped into three thematic categories: The individuals' lifestyle – socially and culturally determined lifestyles; Social and community networks - level of social cohesion; and Life and work conditions – material conditions required for survival. The identification and analysis of the social health determinants could help to establish appropriate management practices with the purpose to facilitate the decision-making process, form cooperation networks, perform a critical analysis of the health-disease process, and redirect the care provided.

**Descriptors:** Family Health Program; Health Status; Needs Assessment; Community Health Nursing.

**RESUMEN**

Investigación cualitativa que objetivó identificar el conocimiento de agentes comunitarios de salud de la Estrategia Salud de la Familia acerca de los Determinantes Sociales de Salud en su área adscripta. Se utilizó la técnica de grupo focal, con registros grabados y filmados bajo autorización. El análisis de datos se efectuó según fundamentos de análisis de contenido. Los datos se agruparon en tres categorías temáticas: Estilo de vida de los individuos – formas, social y culturalmente determinadas de vida; Redes sociales y comunitarias – nivel de cohesión social y Condiciones de vida y trabajo – condiciones materiales necesarias para la subsistencia. La identificación y el análisis de los Determinantes Sociales de Salud podrán favorecer el establecimiento de prácticas apropiadas de gestión con la finalidad de facilitar el proceso de toma de decisiones; la conformación de redes de cooperación; la evaluación crítica del proceso de salud-enfermedad y el redireccionamiento de la atención.

**Descriptores:** Programa de Salud Familiar; Estado de Salud; Evaluación de Necesidades; Enfermería en Salud Comunitaria.

<sup>1</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Professora Assistente II, Universidade Federal de Goiás - Campus Catalão (UFG/Catalão). Catalão, GO, Brasil. E-mail: [fabiana.fen@gmail.com](mailto:fabiana.fen@gmail.com).

<sup>2</sup> Bióloga. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, UFG/Catalão. Catalão, GO, Brasil. E-mail: [rafaelar2@yahoo.com.br](mailto:rafaelar2@yahoo.com.br).

<sup>3</sup> Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, UFG/Catalão. Catalão, GO, Brasil. E-mail: [mayramaia.lopes@gmail.com](mailto:mayramaia.lopes@gmail.com).

<sup>4</sup> Enfermeira. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Catalão-GO. Catalão, GO, Brasil. E-mail: [juscalia@yahoo.com.br](mailto:juscalia@yahoo.com.br).

<sup>5</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Professora Assistente I, UFG/Catalão. Catalão, GO, Brasil. E-mail: [normalene.sena@gmail.com](mailto:normalene.sena@gmail.com).

<sup>6</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Professora Assistente I, UFG/Catalão. Catalão, GO, Brasil. E-mail: [walterlaniasantos@gmail.com](mailto:walterlaniasantos@gmail.com).

<sup>7</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta IV, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: [fortuna@eerp.usp.br](mailto:fortuna@eerp.usp.br).

## INTRODUÇÃO

As diversas definições de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) representam um conceito atualmente disseminado de que as condições de vida e trabalho das pessoas estão relacionadas com sua situação de saúde<sup>(1)</sup>.

As teorias, em torno da determinação social da saúde, assumem que a saúde de membros de uma sociedade será determinada pela maneira como ela organiza e distribui seus recursos econômicos, sociais e derivados. Os DSS, mais comumente citados, são: saneamento, inclusão social, transporte, segurança, modelos de atenção à saúde, habitação, alimentação, autoestima, droga-adição, lazer, emprego, educação, paz, renda, stress, primeiros anos de vida, rede de suporte social, distribuição de renda, ambiente de trabalho, justiça social/equidade, recursos sustentáveis e ecossistema saudável<sup>(2)</sup>.

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre os DSS consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores sociais, econômicos, políticos e as mediações, através das quais esses fatores sobrevivem sobre a situação de saúde de indivíduos e grupos, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa e efeito<sup>(1)</sup>.

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, com determinantes proximais, associados aos comportamentos individuais, intermediários, relacionados às condições de vida e trabalho e distais, onde se situam os macrodeterminantes econômicos, sociais e culturais<sup>(3)</sup>.

Com base neste pressuposto, realizamos um estudo com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), a partir de sua inserção na equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e da interação com os indivíduos e famílias no seu território específico, a fim de verificarmos o conhecimento dessas agentes a respeito dos DSS.

Estudos<sup>(4-5)</sup> mostram que os ACS formam um elo relevante entre a equipe de saúde e a população adscrita levantando necessidades de saúde e possibilidades de intervenção junto aos demais trabalhadores das equipes. No entanto, sua prática pode ser guiada por ações preventivas<sup>(5)</sup>, por vezes com ações mais imediatistas, como agendamentos em consultas, exames, encaminhamentos para equipamentos assistenciais, sem se levar em conta a complexidade do processo de

produção social da saúde-doença<sup>(6)</sup> e o restrito alcance da saúde quando centrado em medidas dessa natureza.

Assim, em sua prática, os ACS podem apenas afirmar o trabalho da saúde, e em especial da atenção básica que vem se fazendo historicamente centrado na queixa-conduta, na medicalização do sofrimento social, e na naturalização do adoecimento, da desigualdade social e das condições de vida.

Recente portaria da atenção básica<sup>(7)</sup> reafirma como objetivo das equipes de saúde a atenção integral as famílias capaz de impactar na situação de saúde e de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. O referencial teórico dos DSS podem corroborar com esse objetivo.

Diante disso, indagamos se o ACS conhece e considera os DSS em sua micro-área? Assim, o objetivo dessa investigação foi analisar o conhecimento dos ACS quanto aos DSS no território específico da ESF em um município do sudeste goiano, Brasil.

Acreditamos que a identificação e análise dos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais, do município, poderão favorecer o estabelecimento de práticas apropriadas de gestão, no âmbito da ESF, assim como a avaliação crítica do processo saúde-doença.

## METODOLOGIA

Pesquisa descritiva e exploratória, utilizando a abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município localizado no sudeste do estado de Goiás, Brasil.

O referido município, com 84.964 habitantes possui três USF, sendo que uma delas localiza-se em um distrito e o número de famílias cadastradas corresponde a 2.385 na zona urbana e 360 na zona rural.

Os critérios de inclusão para a seleção da USF foram: ser campo de atividade teórico-prática do Curso de Graduação em Enfermagem e aceitação da equipe de saúde da família em participar da pesquisa. O critério de inclusão para a seleção das ACS foi: pertencer a equipe selecionada e aceitação em participar da pesquisa. A equipe selecionada possuía na ocasião do estudo seis agentes comunitárias e assim todas foram incluídas. Os sujeitos foram orientados quanto aos riscos e benefícios desta pesquisa, sendo convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A técnica utilizada foi a do grupo focal, cuja finalidade é compreender, por meio da discussão grupal, os processos de construção da realidade. A opção pelo grupo focal se fez pela aplicação dessa técnica em pesquisas sociais permitindo a troca e interação entre os sujeitos que vivenciam uma mesma situação, nesse caso o trabalho dos agentes comunitários. Consideramos a interação grupal como potencializadora das expressões dos sujeitos e das concepções que sustentam suas práticas, lembrando que nos interessam as concepções sobre os DSS.

As sessões de grupo focal ocorreram em dois momentos em junho de 2009 e foram agendadas com os sujeitos, em local e horário conveniente a eles. Os grupos tiveram como questões norteadoras: Como é o estilo de vida dos indivíduos e famílias no território específico da ESF? Como são as condições de vida e trabalho dos indivíduos e famílias no território específico da ESF? Como é a composição, organização e mobilização da comunidade no território específico da ESF?

O debate, com as participantes teve duração de duas horas cada. No primeiro encontro realizamos uma breve re-apresentação dos participantes e apresentação dos pesquisadores para produção de um clima de descontração, foram apresentados os objetivos da pesquisa e retomado o TCLE. A seguir, foi solicitado que contassem sobre as condições de vida e estilo de vida das famílias. A coordenação do grupo focal realizou a mediação das falas com algumas intervenções no sentido de focalizar o tema. A equipe responsável foi composta por uma pesquisadora (a coordenadora do grupo focal) e duas estudantes voluntárias que realizaram a função de relatoras-observadoras.

No segundo encontro foi realizado breve aquecimento resgatando diálogos do primeiro grupo e a seguir centrou-se na discussão sobre a composição, organização e mobilização da comunidade.

O grupo focal foi registrado, após a autorização das agentes, utilizando-se gravador de voz portátil digital e filmadora. Duas agentes solicitaram que seus rostos não fossem filmados. Após a transcrição das falas e expressões, as pesquisadoras retornaram ao grupo de agentes comunitárias para a validação dos discursos.

A análise dos dados foi fundamentada na análise de conteúdo, mais especificamente nas categorias temáticas de Bardin<sup>(8)</sup>, entendidas como um conjunto de

instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados.

Foi realizada leitura exaustiva dos encontros grupais, a seguir realizou-se a identificação de núcleos de sentido com ajuda de uma tabela em Word, onde falas semelhantes foram agrupadas, assim como as falas diferentes. As categorias temáticas foram construídas através da confrontação dos dados empíricos e o referencial teórico dos determinantes sociais do processo saúde/doença.

Salientamos que a pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (Protocolo nº 028/2009) e, com o objetivo de garantir o anonimato dos relatos, identificamos os sujeitos na apresentação dos resultados como ACS 1, ACS 2, ACS 3 ... ACS 6.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram agrupados em três categorias temáticas: **Estilo de vida dos indivíduos – formas, social e culturalmente, determinadas de vida; Redes sociais e comunitárias - nível de coesão social e Condições de vida e trabalho - condições materiais necessárias à subsistência.**

### **Estilo de vida dos indivíduos - formas, social e culturalmente, determinadas de vida**

A primeira categoria apresenta o conhecimento das ACS acerca dos DSS no que se refere ao estilo de vida dos indivíduos e famílias no território específico da ESF. As ACS abordam: o padrão alimentar, o dispêndio energético no esporte, o uso e abuso de álcool e drogas ilícitas.

Com referência ao padrão alimentar, as ACS identificam as deficiências nutricionais como principal fator etiológico da anemia ferropriva ao mesmo tempo em que alertam que as pessoas têm acesso a alimento rico em ferro.

*No meu bairro tem muita hortaliça [...] têm muitas árvores frutíferas, caju, manga, goiaba. Perdem muitas frutas. Tem casas que apesar de terem hortaliças, eles não consomem, eles plantam e não consomem [...] eles enjoam. Eu não sei como ainda tem gente que tem anemia, porque na minha área as pessoas dão as hortaliças (ACS 2).*

A anemia é considerada um problema global da saúde pública, que afeta tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, com maiores consequências para a saúde humana, mas também para o âmbito social e econômico. Isso ocorre em todos os estágios do ciclo de vida, porém, é mais prevalente em mulheres grávidas e crianças pequenas<sup>(9)</sup>.

Aqui vemos que o ACS identifica um dos determinantes relacionados ao estilo de vida que se relaciona aos hábitos alimentares, mas o explica como sendo uma opção individual pautado apenas pelo gosto.

Tal raciocínio fundamenta ações como orientar as famílias para que consumam determinados alimentos, mas não considera a industrialização dos alimentos e constituição de necessidades de consumo pela mídia. Seguindo o modelo de Dahlgren e Whitehead o nível de abrangência aqui seria com determinantes proximais, associados aos comportamentos individuais<sup>(3)</sup>. Uma abordagem integral da saúde deveria considerar os níveis intermediários (relativos à condição de vida) e distais, que englobariam aspectos econômicos, sociais e culturais<sup>(3)</sup>.

Ainda identificamos no discurso das ACS a associação dos maus hábitos alimentares com o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e altamente prevalentes como a obesidade e a hipertensão arterial.

*As pessoas que têm condição melhor só comem porcaria, não comem nada saudável. Gostam muito de massa, fritura, pizza, bolo, torta, pastel, hambúrguer, salgadinho [...] essas pessoas são hipertensas, estão com sobrepeso, algumas obesas, são ociosas ao extremo. As pessoas da minha área que têm menor poder aquisitivo tentam ter melhor alimentação do que as que têm condição de se manter (ACS 4).*

O padrão alimentar dos indivíduos e famílias, apresentado pelas ACS, corrobora uma tendência internacional de empobrecimento da variedade e qualidade dos alimentos consumidos, além de um aumento progressivo do consumo de alimentos industrializados ricos em gorduras e carboidratos.

Em relação ao sobrepeso/obesidade, o entendimento básico é que o balanço energético é excessivamente positivo para o primeiro elemento do binômio consumo-gasto calórico. No caso do Brasil, está

comprovado que o aumento do consumo alimentar e a redução progressiva dos gastos calóricos é causa do crescente sedentarismo da população<sup>(10)</sup>.

Pautado nesse entendimento básico que estabelece uma relação linear entre gasto e consumo energético e peso, muitas vezes aspectos singulares como a fase da vida, a fase da família, a existência ou não de redes de apoio social, a ansiedade e a solidão, enfim os múltiplos sentidos e des-sentidos da vida reduzem a oferta de intervenções da equipe de saúde, fazendo com que prevaleçam medidas individuais e prescritivas.

Em relação ao dispêndio energético no esporte, as ACS verificam que as características do padrão de atividade física realizada pela população adulta têm sido influenciadas pela organização de espaços públicos de lazer.

*A represa estimula a caminhada matinal, há pessoas que caminham antes de irem ao trabalho (ACS 1).*

*Os adultos praticam mais exercícios do que os jovens, como caminhadas ao redor da represa (ACS 2).*

Os discursos demonstraram que a atividade física praticada pelos adultos é a caminhada. Este padrão é compatível com estudo realizado no Brasil, em 2006, acerca das características do padrão de atividade física da população adulta das capitais dos Estados e do Distrito Federal em uma amostra probabilística da população com 18 ou mais anos de idade (n=54.369). Ficou evidenciado, nesse estudo, que a maioria das pessoas consideradas ativas prefere a caminhada (o que aumenta com a idade), iniciada entre as mulheres mais precocemente do que entre os homens<sup>(11)</sup>.

Outra característica verificada nos discursos das ACS tem relação com a oferta e oportunidade de acesso a espaços favoráveis à prática do lazer e/ou exercício físico, como a presença de parques e áreas verdes.

A identificação de algumas variáveis do ambiente como importantes para a prática de atividades físicas entre idosos foi apontada em um estudo de inquérito transversal de base domiciliar, realizado no Brasil em 2007, com uma amostra de 385 idosos do distrito de Ermelino Matarazzo, zona leste do município de São Paulo. Ficou ali demonstrado que programas de promoção de atividades físicas para a população idosa devem considerar as variáveis relacionadas ao ambiente construído, ao ambiente natural, ao trânsito de veículos,

à iluminação pública, aos pontos de comércio e de serviços nas proximidades das residências, aos pontos de convívio social e ao suporte social de familiares para a prática de atividades físicas<sup>(12)</sup>.

No entanto, apesar da disposição de espaços públicos para a prática de atividade física e lazer no território específico, observamos, no fragmento da fala da ACS 6, evidências do sedentarismo.

*As 160 famílias que eu visito são em torno de quase 100 hipertensos [...] eles são acomodados [...] a gente marca consulta pra eles, às vezes é tudo arrumado, até medicação na secretaria, só que eles não fazem caminhada, não fazem dieta, não tomam medicação correta (ACS 6).*

A acomodação atribuída pelo ACS reitera o sentido da opção individual dos sujeitos às práticas saudáveis. Esse aspecto deve ser considerado, mas alertamos para a redução das ações daí decorrentes se não vislumbrarmos a complexidade do modo de andar a vida para distintas pessoas em sua inserção econômica, política, social, cultural.

Em relação ao consumo de álcool e drogas ilícitas, verificamos o envolvimento de jovens e crianças como reflexo de uma situação de vulnerabilidade em que se encontram as famílias.

*Elevado índice de jovens usuários de drogas [...] crianças se envolvem precocemente com sexo, drogas, furto [...] falta acompanhamento para crianças de 4 a 10 anos [...] adolescentes desestruturados devido à relação conflituosa com familiares, pais alcoólatras, traição, violência (ACS 5).*

A ACS 5 nos apresenta uma infância contextualizada em um ambiente marcado por comportamentos vulneráveis de seus genitores e vivência de diversos tipos de violência, entre elas a intrafamiliar.

O espaço de interação entre mães e filhos pode ser capaz de revelar as multiplicidades de fatores determinantes e/ou condicionantes que favorecem a expressão da violência como: pobreza, relação conflitante do casal, uso e abuso de álcool e outras drogas, vivência de violência conjugal na infância ou ter sofrido abuso quando criança<sup>(13)</sup>.

Neste contexto, percebemos a urgência de formação permanente para os profissionais de saúde. Desse modo, podem ser instrumentalizados quanto aos

determinantes sociais e econômicos das famílias para a mudança de paradigma nas suas intervenções, que passariam a ser baseadas nas necessidades e condições de vida do indivíduo e da comunidade.

Acreditamos que a implantação de programas voltados para os grupos vulneráveis e em situação especial de agravo pela ESF e a interação com a comunidade podem viabilizar estratégias de intervenção em educação e promoção da saúde, guiadas pela produção de autonomia e de luta por direitos sociais e pelo exercício da cidadania para a produção de uma sociedade mais justa. No entanto, as respostas somente serão eficazes se associadas a um processo de redistribuição de renda, acesso a bens e serviços e exercício da cidadania.

### **Redes sociais e comunitárias - nível de coesão social**

A segunda categoria aborda o conhecimento das ACS acerca dos DSS no que se refere ao nível de coesão social da comunidade no território específico da ESF. Inferem acerca da composição, organização e estrutura de redes sociais e comunitárias.

*Existe um grupo católico [...] que presta ajuda assistencialista para comunidade como remédios, cestas [...]. Aqui também tem aquele apoio da rádio [...] (ACS 1). A Pastoral da Criança ajuda muito com a multi-mistura em pó para mães e gestantes. A gente leva às famílias que necessitam fazendo a devida orientação [...]. A igreja local tomou a iniciativa de alfabetizar os idosos (ACS 3). Comunidade interligada se ajudam mutuamente. Processo "boca-boca" [...] são solidários (ACS 5 e ACS 6).*

As redes sociais e comunitárias, incluídas no modelo de Dahlgren e Whitehead<sup>(3)</sup>, entre os DSS, são constituintes do chamado capital social, compreendido como o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos.

O desgaste do capital social é um importante mecanismo por meio do qual as iniquidades socioeconômicas impactam negativamente a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social resultantes dessas iniquidades são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social e é neles também onde há menor participação na definição de políticas públicas<sup>(14)</sup>.

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

A expressão desse aspecto pelos agentes comunitários se fez em menor escala que aquelas relativas aos aspectos individuais. Isso pode ser um indício de fragilidade no conhecimento e valorização dos ACS no que se refere a produção de redes e de coesão social.

### **Condições de vida e trabalho - condições materiais necessárias à subsistência**

A terceira categoria considera o conhecimento das ACS, acerca dos DSS, no que se refere às condições de vida e trabalho dos indivíduos e famílias no território específico da ESF. Referem questões sobre habitação, saneamento básico, condições do ambiente e emprego/desemprego.

Em relação à habitação, observamos a valorização do espaço físico para a promoção da qualidade de vida das famílias.

*A maioria das casas é de placa pré-moldada. Casas pequenas com telha plana, boa infra-estrutura [...] a qualidade de moradia e vida são boas (ACS 4).*

A habitação constitui um espaço de construção e consolidação do desenvolvimento da saúde. A família tem na habitação seu principal espaço de sociabilidade, o que a transforma em um espaço essencial. Dessa forma, é entendida como a ação do *habitat* em um espaço que envolve o elemento físico da moradia, a qualidade ambiental neste espaço construído, no seu entorno e nas suas inter-relações. Assim, um programa que incentive a construção de *habitat* saudável, aliando a iniciativa da habitação saudável e da estratégia da atenção primária ambiental, constitui uma ferramenta para a otimização dos resultados em um processo gradativo de melhoria da qualidade de vida<sup>(15)</sup>.

O desafio desta proposta estaria na construção de formas de intervenção, sobre os fatores determinantes da saúde, no espaço construído e no seu entorno (biologia humana, meio ambiente e estilo de vida), integrando a promoção da saúde à habitação saudável.

Neste sentido, a habitação, com suas diversas extensões nas quais o indivíduo também habita, deve ser pensada como determinante da saúde e elemento de consolidação do desenvolvimento social e melhoria da qualidade de vida<sup>(15)</sup>.

Em relação ao saneamento básico, verificamos que há casas com rede de esgoto e outras que apenas possuem fossa.

*Menos da metade tem rede de esgoto, o restante é fossa (ACS 2).*

*[...] tem água tratada e rede de esgoto (ACS 4).*

A fala da ACS 2 demonstra a falta de saneamento básico para a população estudada. O sistema de coleta e tratamento de esgotos domésticos é um dos pressupostos básicos para um ambiente saudável que garanta qualidade de vida e preservação do meio ambiente.

A despeito de avanços verificados na regulamentação e do volume de investimentos no setor, os dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) mostram que os desafios do saneamento básico ainda são enormes no Brasil, em especial no que diz respeito aos serviços de esgotamento sanitário<sup>(16)</sup>.

Apesar do aumento de investimento e do índice de atendimento da população nos serviços de água e esgoto, o déficit ainda é bastante elevado, por conseguinte é grande a distância para a universalização dos serviços. O avanço dos últimos anos se deu de forma bastante desigual entre as regiões. Há, portanto, um longo caminho a ser percorrido para que o país dê conta de suas carências na infraestrutura de saneamento<sup>(16)</sup>.

Em relação às condições do meio ambiente, as ACS debateram acerca do uso indiscriminado de agrotóxico nas hortas caseiras, da presença de poluição nos riachos, da ausência de higiene e do descarte incorreto de resíduos domésticos.

Em relação ao uso de agrotóxicos, relataram tanto o uso indiscriminado quanto a falta de conhecimento dos usuários.

*Como manipulam o agrotóxico, eu não sei. Mais eu sei que eles usam porque quando eu chego lá, a dona fala assim: - Hoje eu não vou te dar couve porque tem que ficar três dias por causa do veneno (ACS 5).*



*[...] Depende muito do tempo. Tem um tempo que é propício para lagartas. Tem tempo que é propício para caramujos [...]. Eu não sei se o agrotóxico é o mesmo para cada praga (ACS 5).*

Estudo<sup>(17)</sup> demonstra que a utilização intensiva de agrotóxicos tem trazido vários problemas à saúde humana e ao equilíbrio do meio ambiente. O uso indiscriminado de agrotóxicos resulta em níveis severos de poluição ambiental e intoxicação humana.

Em relação à contaminação aquática, verificamos a falta de informação dos moradores do território da ESF.

*Como o riacho passa em cada quintal até chegar a área dela, ele está super poluído (ACS 5).*

*Quando ele está passando em vários quintais têm gente que cuida daquele pedacinho dele. Aí o outro de cima não cuida. Tem gente que limpa. Tem gente que faz tanque para peixe, mas se cair lá dentro mata pela sujeira. E têm outros que fazem a irrigação dessas hortas (ACS 5).*

*Aquela água não é limpa não (ACS 6).*

Conforme verificamos nos fragmentos, a qualidade da água é resultante de fenômenos naturais e da atuação do homem, que interfere de forma concentrada, gerando resíduos domésticos, e de forma dispersa, quando aplica defensivos agrícolas no solo de forma que contribui para a introdução de compostos tanto orgânicos como inorgânicos na água, afetando a sua qualidade<sup>(18)</sup>.

Com o aumento da urbanização e com o uso de produtos químicos na agricultura, a água utilizada nas cidades, indústrias e na agricultura retorna contaminada aos rios<sup>(18)</sup>.

Em relação à higiene, as ACS destacam a presença de verminoses em crianças.

*Na minha área tem um caso extremo que é a questão da higiene, tem prejudicado muito a família [...] a mesa estava cheia de prato, vai deixando acumular, acumular, acumular estava com mofo no resto de comida dos pratos [...] e as crianças às vezes tem verminose (ACS 6).*

*As crianças estavam tudo cheia de verminose, a gente já antecipou falando para o médico que as crianças estavam com diarreia e vomitando (ACS 6).*

Crianças em fase escolar, principalmente que vivem em áreas mais pobres, têm se mostrado alvo de infecções parasitárias, estando intimamente relacionadas ao subdesenvolvimento, à falta de saneamento ambiental, à falta de educação e à desinformação sanitária<sup>(19)</sup>. Infecções por helmintos possuem influencia no estado nutricional, crescimento e função cognitiva de escolares de países subdesenvolvidos além de serem causas de morbidade e mortalidade em todo mundo<sup>(19)</sup>.

Em relação ao descarte incorreto de resíduos domésticos pelos moradores, as ACS constataam a falta de informação sobre a conservação ambiental.

*Há coleta de lixo três vezes na semana, mas a população ainda tem mania de colocar o lixo antes do dia da coleta, sujando a rua, acumulando entulhos (ACS 8).*

Um fator a ser observado pelos órgãos públicos é a assiduidade da coleta de resíduos, que poderia ser mais frequente que a cada três dias.

Em relação ao emprego/desemprego, verifica-se alta prevalência de desemprego e de pessoas com baixa renda em consequência da falta de qualificação da população.

*O desemprego é alto e há grande prevalência de pessoas com baixa renda (ACS 4).*

*Falta de qualificação da população e interesse em se qualificar (ACS 6).*

O fragmento de fala da ACS 4 mostra que o desemprego e a baixa renda estão presentes em sua comunidade.

O desemprego está fortemente ligado à exclusão social, que vem crescendo sistematicamente nas últimas décadas, sobretudo em virtude da economia internacional.

Estudo<sup>(20)</sup> mostra que o desemprego, o trabalho informal e a exclusão do mercado de trabalho estão associados a uma pior condição de saúde entre adultos brasileiros, independentemente de características sócio demográficas como escolaridade, renda e região de residência.

As ACS debateram acerca das condições de trabalho dos indivíduos e dos danos à sua saúde.

*A ansiedade e a depressão é prevalente devido ao excesso de trabalho (ACS 5).*

*Eles trabalham pesado, trabalho braçal. Chega certa idade estão todos com problema de coluna porque trabalham mais no serviço braçal, justamente por ser um pessoal que os pais não conseguem dar um estudo (ACS 6).*

*Os que trabalham na empresa entram muito novos, menores de idade [...] uma pessoa que é mais alta tem serviço de parafusar mais baixo, e os que são baixinhos parafusam alto. Então está todo mundo com problema de coluna. A comunidade está adoecendo e adoecendo nova. Coluna. Principalmente coluna (ACS 2).*

Com relação aos distúrbios músculo/esqueléticos, é amplamente reconhecido que este grupo de agravos lidera, em nível mundial, as consequências de condições inadequadas de trabalho na saúde dos trabalhadores. As áreas do corpo mais afetadas são a coluna, o pescoço e os membros superiores, mas a bacia e o joelho são também frequentemente atingidos. Estima-se que os distúrbios músculo/esqueléticos são responsáveis por um terço de todas as causas que requerem afastamento do trabalho. O setor manufatureiro e o de serviços são responsáveis por metade dos casos; caminhoneiros, profissionais de enfermagem e trabalhadores da construção civil são responsáveis por um quinto dos casos<sup>(14)</sup>.

O entendimento sobre os determinantes sociais da saúde das famílias está presente nas falas das ACS, mas observa-se um predomínio da responsabilização dos indivíduos com um enfoque fortemente relacionado à opção individual. Esse entendimento pode levar à ações de saúde restritivas, com a culpabilização das pessoas por suas condições de vida e saúde.

As ações intersetoriais como, luta pelo saneamento básico, por condições de trabalho, escolarização e renda,

podem não estar incorporadas à visão da equipe de saúde da família e, conseqüentemente, serem excluídas de suas tarefas, perdendo-se uma concepção ampliada do processo saúde-doença.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados mostram que as agentes comunitárias possuem conhecimento sobre os DSS, associando condições de moradia, trabalho, escolarização, alimentação, atividade física, entre outros, com o estado de saúde das famílias.

O estudo identificou que a população estudada apresenta desafios em relação à adoção de hábitos saudáveis como exercício físico, lazer e alimentação saudável. Também carece de recursos como saneamento básico, políticas de saúde do trabalhador, acesso à escolarização e ao trabalho.

O trabalho em saúde, em especial da equipe de saúde da família e das agentes comunitárias, precisará se articular, para fortalecer os laços comunitários e as ações intersetoriais com escolas, creches, instituições religiosas e órgãos de defesa do ambiente. Para isso, é importante não se perder de vista a intrínseca correlação entre desigualdade social e saúde, motivando sempre a luta pelos direitos à cidadania, à saúde de qualidade, o acesso à escolarização, a terra, ao trabalho digno, a salário e moradia, entre outros.

Reconhecemos que esta pesquisa não se constitui em um esgotamento do tema, já que reflete uma abordagem locorregional do conhecimento e prática do ACS no âmbito da ESF. Contudo, pode fornecer subsídios para o delineamento de outras pesquisas para se compreender a determinação social em saúde no território específico da ESF.

## REFERÊNCIAS

1. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Internet]. 2007 [cited 2012 jun 30];17(1):77-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
2. Dowbor TP. O Trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 2008. 254p.
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
4. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008

[cited 2012 jun 30];24(6):1304-13. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600011>.

5. Pinto AAM, Fraccolli LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 [cited 2012 jun 30];12(4):766-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>.

6. Sakata, KN. A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família [dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2009. 200 p.

7. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BR). Define os valores de financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a



organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União [Internet]. 24 out 2011 [cited 2012 jun 30]. Available from:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2489\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2489_21_10_2011.html).

8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.

9. World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia. Geneva: World Health Organization; 2008. 40 p.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2004. 278 p.

11. Malta DC, Moura EC, Castro AM, Cruz DKA, Morais Neto OL, Monteiro CA. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2009;18(1):7-16.

12. Salvador EP, Florindo AA, Reis RS, Costa EF. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2012 jun 30];43(6):972-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000082>.

13. Bittar DB, Nakano AMS. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicod dependentes no contexto da família de origem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2012 jun 30];20(1):17-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000082>.

14. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Brasília: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde; 2008.

15. Cohen SC, Bodstein R, Klígerman CD, Marcondes WB. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2007 [cited 2012 jun 30];12(1):191-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000100022>.

16. Fundação Getúlio Vargas. Instituto Brasileiro de Economia. Trata Brasil. Benefícios Econômicos da Expansão do Saneamento Brasileiro. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2010. 32 p.

17. Troian A, Eichler ML. "Somente os mais fracos ficam doentes": a utilização de agrotóxicos por agricultores de tabaco da Comunidade Cândido Brum, em Arvorezinha (RS). *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional* [Internet]. 2009 [cited 2012 jun 30];5(3):116-39. Available from: <http://www.rbqdr.net/032009/artigo6.pdf>.

18. Alves EC, Silva CF, Cossich ES, Tavares CRG, Souza Filho EE, Carniel A. Avaliação da qualidade da água da bacia do rio Pirapó – Maringá, Estado do Paraná, por meio de parâmetros físicos, químicos e microbiológicos. *Acta Sci. Technol* [Internet]. 2008 [cited 2012 jun 30];30(1):39-48. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/actascitechnol.v30i1.3199>.

19. Ferreira H, Lala ERP, Monteiro MC, Raimondo ML. Estudo epidemiológico localizado da frequência e fatores de risco para enteroparasitose e sua correlação com o estado nutricional de crianças em idade pré-escolar. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde* [Internet]. 2006 [cited 2012 jun 30];12(4):33-40. Available from: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/442/443>.

20. Giatti L, Barreto SM. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2006 [cited 2012 jun 30];40(1):99-106. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100016>.

Artigo recebido em 16/11/2011.

Aprovado para publicação em 14/03/2012.

Artigo publicado em 30/06/2012.