



Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário*

Social determinants of health and community health agent work

Determinantes sociales de salud y el trabajo del agente comunitario

Como citar este artigo:

Broch D, Riquinho DL, Vieira LB, Ramos AR, Gasparin VA. Social determinants of health and community health agent work. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03558. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018031403558>

-  Daiane Broch¹
-  Deise Lisboa Riquinho²
-  Letícia Becker Vieira²
-  Adriana Roese Ramos²
-  Vanessa Aparecida Gasparin¹

*Extraído da dissertação: “Desafios na atuação dos agentes comunitários: compreensão da determinação social da saúde e das condições de trabalho”, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To understand the social determinants of health from the perspective of the work of community health agents. **Method:** A qualitative study conducted in a Health District Management in the city of Porto Alegre/Rio Grande do Sul, Brazil, through focus groups and semi-structured interviews with community health agents. The analysis took place through thematic categorization, and the social determinants of health were adopted as the analytical category. **Results:** Twenty-five (25) community health agent workers participated. Overlapping individual and collective themes emerged, from violence and drug trafficking to lack of sanitation, improperly disposed garbage, illiteracy and the health problems themselves. **Conclusion:** The study revealed a complex relationship between the work of community health agents and the social determinants of health, reinforcing the need for a cohesive health team with intersectoral initiatives to address the different demands of the territories which are worked and lived in.

DESCRIPTORS

Community Health Workers; Primary Health Care; Health Status Disparities; Working Conditions; Social Determinants of Health.

Autor correspondente:

Daiane Broch
Av. Brasil, 677, Apto. 704
CEP 99025-001 – Passo Fundo, RS, Brasil
daiane_broch@hotmail.com

Recebido: 23/07/2018
Aprovado: 14/03/2019

INTRODUÇÃO

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) buscam a mediação entre a realidade multifacetada e a totalidade social, considerando um campo amplo, em que se produzem os processos saúde-doença. A Comissão Nacional enfoca que os DSS englobam fatores individuais e coletivos, bem como a macroestrutura que se localiza em torno desse indivíduo⁽¹⁾. O conceito dos DSS, classicamente, está relacionado às condições em que uma pessoa vive e trabalha, incluindo os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência dos problemas de saúde e fatores de risco à população”⁽²⁾.

Partindo disso, o viver saudável surge como fenômeno social, a partir da disparidade nas exposições e vulnerabilidades, visto que o fenômeno saúde-doença, tradicionalmente resultante de causa-efeito, passa a considerar as dimensões sociais, emocionais, econômicas e espirituais do ser humano⁽²⁾.

“O enfrentamento a tais determinantes requer profissionais que articulem o trabalho de maneira intersetorial com a realidade local do território, sendo capazes de estabelecer relações de cuidado efetivas”, a partir do vínculo e diálogo. Na maioria das vezes, “os profissionais estão preparados para identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença, mas não se encontram instrumentalizados para refletir e intervir sobre eles”⁽³⁾.

Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha uma valorosa função, pois é a figura central na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual se caracteriza por uma assistência à população pertencente a determinado território, desenvolvida por equipes multiprofissionais baseadas nas necessidades locais⁽⁴⁾. Como parte integrante tanto da equipe quanto da comunidade, o ACS mostra-se familiarizado com as demandas da população por vivenciá-las periodicamente⁽⁵⁾, seja por meio do acompanhamento das famílias adscritas em seu território ou pela vivência individual. Além do cadastramento e acompanhamento das famílias, a disseminação de informações com vistas a ações educativas também se encontra no poder desse trabalhador⁽⁵⁾.

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho deste profissional da saúde é marcado pela ampliação dos espaços de atuação e de saberes. A regulamentação e a descrição de suas atribuições estão previstas em legislações e em documento recente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽⁶⁾, “sintetizadas nas atividades de identificação de situações de risco; orientação das famílias e comunidade; e encaminhamento dos casos e situações de risco identificados aos outros membros das equipes de saúde baseado em uma prática colaborativa centrada no usuário. Reconhece-se, assim, a importância da permanência do ACS no planejamento e implementação das ações de saúde”⁽⁷⁾ no âmbito local, bem como o notável papel na expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁷⁾.

Esses trabalhadores têm como espaço de atuação territórios diversificados e marcados por acentuadas vulnerabilidades, desse modo, “o processo de trabalho é caracterizado pelo enfrentamento de questões sociais e ambientais, como

o tráfico de drogas, a pobreza, o saneamento básico ineficiente e a presença de lixo no peridomicílio”⁽⁸⁾. Tais questões geram importantes reflexos no processo saúde-doença da população.

Reforça-se assim, a necessidade de recursos humanos em saúde pública, preparados para atuar frente à realidade do modelo assistencial predominante no Brasil e do seu contexto epidemiológico e social, marcado pelo crescente acometimento das doenças crônicas não transmissíveis e paradoxalmente com o recrudescimento das doenças transmissíveis. Diante desse panorama, a relevância da pesquisa justifica-se em face da necessidade de conhecer melhor a transversalidade dos DSS no cotidiano de trabalho do ACS e como tais determinantes, a partir de fatores micro e macrosociais afetam os usuários dos serviços e o atendimento prestado, com vistas às práticas interprofissionais, na perspectiva dos ACS.

Nesse sentido, tem-se como objetivo compreender os DSS a partir da perspectiva do trabalho dos ACS em Gerência Distrital de Saúde de um município do Sul do Brasil.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.

POPULAÇÃO

A população do estudo foram os ACS das 28 equipes de ESF presentes no território. A amostra foi composta de um agente por equipe, selecionados por conveniência. O cenário do estudo foram as ESF localizada em três distritos sanitários em capital do sul do Brasil.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão dos profissionais foram fazer parte do quadro funcional do serviço, independentemente do vínculo empregatício; atuar no serviço há pelo menos três meses. E, os de exclusão, os ACS que estivessem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016, inicialmente por meio de grupo focal e posteriormente por entrevistas semiestruturadas, com o intuito de aprofundar as experiências relatadas pelos informantes. Ambos os áudios foram gravados com uso de aparelho digital e posteriormente transcritos na íntegra. Realizaram-se três grupos focais, com três encontros com cada grupo, totalizando nove encontros. Cada encontro teve duração de aproximadamente 2 horas.

Participaram no primeiro Grupo Focal (GF) nove ACS; no segundo, iniciaram nove ACS, ocorrendo duas desistências; e, no terceiro, iniciaram dez e houve uma desistência, totalizando 25 participantes/ESF no GF. Com estes foram realizadas as entrevistas, em seus locais de trabalho

após agendamento prévio, que versaram o histórico pessoal, a localidade, o processo de trabalho e as trajetórias de saúde-doença-trabalho.

Os encontros dos GF ocorreram na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em um turno da semana, previamente acordado com o gestor municipal. Um veículo da Universidade, com a presença de um bolsista, buscou e posteriormente levou os participantes até seus locais de trabalho, ambos os trajetos totalizaram 2 horas. A moderadora do grupo focal foi a coordenadora do projeto, e os observadores foram três bolsistas, previamente capacitados. Nos GF foram abordados os seguintes temas: o primeiro encontro, após apresentação dos participantes e da proposta de pesquisa a discussão, teve como foco “pensando em seu trabalho: quais são os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios onde atuam”; no segundo encontro, como você, “considerando determinado problema de saúde e seu contexto, desenvolve seu trabalho/orientação?” E no terceiro, “em que medida os conhecimentos por você transmitidos provêm de suas experiências do cotidiano de vida e trabalho?”.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento e a análise ocorreram por meio de categorização temática, composta das fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos.

Na pré-análise, foi realizada a leitura flutuante das entrevistas, a fim de obter um maior contato com o conteúdo. Em seguida foi realizada a captação dos núcleos de sentido, o agrupamento por afinidade das ideias em comum, em que foi feito um recorte das respostas à questão central, sendo realizada codificação cromática dos achados e categorizados conceitos gerais que orientaram a análise.

No decorrer da análise do material foram identificadas as ideias comuns refletidas nesses recortes, cada entrevista foi cuidadosamente examinada, a fim de confirmar que essas ideias estavam expressas ao longo das falas dos sujeitos. A etapa de classificação possibilitou construir as categorias empíricas com ênfase em aspectos de cunho individual e coletivo, que se sobrepõem na problemática dos DSS, sendo responsáveis pela especificação dos temas e os conceitos teóricos que orientaram a descoberta e a construção dos núcleos de sentido.

A análise final consistiu no tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, procurando articular o material estruturado dos depoimentos com a literatura especializada indexada em bases de dados. Os DSS foram utilizados como categoria analítica, uma vez que fundamentou o conhecimento do objeto estudado. O *software* NVivo versão 10 auxiliou na organização do material e formação da nuvem de palavras.

ASPECTOS ÉTICOS

Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pelas letras ACS, seguidas do algarismo arábico correspondente. E para os grupos focais identificou-se como GF acrescido do número que o grupo foi realizado (GF1, GF2 ou GF3). A classificação numérica

aconteceu de forma aleatória, de 1 a 25, e para os grupos focais, a abreviação GF e o número do encontro. O estudo respeitou as prerrogativas da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS sob o n.º 1.009.554 e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre sob o n.º 1.147.128, ambos foram aprovados no ano de 2015.

RESULTADOS

Participaram do estudo 25 ACS, a maioria era do sexo feminino (n=20), com mediana de 45 anos de idade, sendo 11 participantes autodeclarados de raça/cor negra, 11 branca e três parda. Quanto à escolaridade, 16 participantes tinham o ensino médio completo e/ou formação técnica. A mediana de tempo de atuação como ACS foi de 2 anos (tempo mínimo de 8 meses e máximo de 19 anos).

Os resultados encontram-se apresentados em duas categorias à luz da concepção dos DSS, em que uma aborda as condições sociais propriamente ditas, como violência e tráfico de drogas e, a outra, aspectos mais concretos da vida, a ausência de saneamento, o lixo com descarte inadequado, o analfabetismo e os problemas de saúde. Ilustra-se a seguir por meio da nuvem de palavras as mais frequentes nas falas dos participantes:



Figura 1 – Nuvem de palavras formada a partir da frequência e sentido nos depoimentos acerca dos DSS no processo de trabalho do ACS.

Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do software NVivo..

VIOLÊNCIA E TRÁFICO: “SABEMOS O RISCO DE UMA BALA PERDIDA”

A violência foi o principal problema social que os ACS identificaram nas comunidades e territórios onde atuam e que afetam seu cotidiano de trabalho, sendo um fato recorrente, salientado que ela amedronta tanto os moradores da área adscrita como os profissionais. Os ACS destacaram que com o passar dos anos a violência aumentou consideravelmente, que nas atividades externas à unidade já foram assaltados e até ameaçados, tanto dentro como fora da ESF.

No meu posto aconteceu de uma mulher chegar fora do horário dela, mais de uma hora atrasada e disse que ia entrar, então eu falei: tem mais pessoas esperando antes de ti. Ai ela voltou com um facão e disse que ia entrar e ia ser atendida (GF 02).

A violência está cada vez maior, sinto muito medo frente a isso (ACS 15).

Os ACS verbalizaram receio em andar nas ruas dos bairros. Pelo medo, o trabalho ficava prejudicado e, muitas vezes, as visitas domiciliares deixavam de ser executadas. O medo em prestar atendimento ao domicílio e até mesmo na unidade de saúde também foi externado.

Está muito perigoso, fico receosa em andar na rua, fico receosa em prestar um atendimento, tem que se cuidar aqui na região (ACS 15).

A violência é um problema bastante sério aqui na comunidade (...) tenho muito medo de uma bala perdida, medo de ser assaltada (ACS 23).

O tráfico de drogas local foi manifestado como um fomentador da violência pelos ACS.

Eu faço meu trabalho, quando eles querem alguma coisa “olha deram um tiro em não sei quem, consegue um material pra fazer um curativo”, eu vou lá e consigo o material (GF 02). Uma coisa que me deixa muito triste é ver os adolescentes, as crianças que eu vi na barriga tornarem-se traficantes. E aí eu vejo que meu trabalho foi por água abaixo (ACS 03).

O ato de matar ou morrer, por vezes, apresenta-se como algo corriqueiro na comunidade, preocupando e desestabilizando os profissionais locais, que por sua vez também têm sentimentos antagônicos de medo, revolta e naturalização.

Nesse contexto, o processo de trabalho sofre limitações devido às condições impostas, há situações em que só é possível desempenhar as ações em saúde no interior das unidades de saúde, ocorrendo a restrição do cuidado apenas aos usuários que conseguem acessar a unidade.

Antes a gente podia trabalhar numa forma de prevenção, éramos respeitadas como ACS, a área da saúde era respeitada. Antigamente você podia entrar nos bicos, podíamos fazer o nosso trabalho, mas hoje em dia não, se enxergam a gente e se não conseguimos fazer o que eles querem, somos bombardeados (GF 01).

A violência não se faz presente somente pelas características populacionais, como pobreza e analfabetismo, mas estas mesmas características apontam para maior abandono do Estado e iniciativas da sociedade civil em desenvolver projetos de formação escolar, musical, esportiva, entre outras.

Os depoimentos demonstraram que devido à violência e marginalidade, no sentido de estar à margem das políticas públicas, especialmente relacionadas à educação, cultura e lazer, muitas crianças e adolescentes já morreram na comunidade.

A violência é muito grande, muitos adolescentes já morreram aqui, crianças que brincavam ali com meus filhos (ACS 16).

É assustador, a cada dia que passa aumenta o número de jovens no crime (ACS 05).

Foi verbalizado nos grupos focais a insegurança que os ACS sofrem diariamente. Essa exposição à violência afeta o ACS duplamente, pelo fato de trabalhar e morar em um ambiente perigoso. Dois ACS relataram ainda que os serviços de tele-entrega, como farmácia e gêneros alimentícios, tornaram-se escassos em alguns pontos, até mesmo

os motoristas de ônibus fazem desvios de rota por medo de assaltos.

Muitas pessoas estão apavoradas com a violência (...) tem tiro-teio de manhã, de tarde e de noite (ACS 03).

Alguns ACS apontaram que a expansão do tráfico de drogas acentuou a violência na comunidade, sendo exemplificado com a seguinte situação:

Desde cedo os filhos são incentivados pelos pais a seguir a vida no tráfico, com o propósito da lucratividade (GF 02).

SANEAMENTO BÁSICO, LIXO, ANALFABETISMO E PROBLEMAS DE SAÚDE: “É UM TRABALHO CONSTANTE”

Os ACS identificaram como fatores que afetam o dia a dia dos profissionais e dos moradores a falta de calçamento, a poluição urbana, especialmente o acúmulo de lixo nas ruas e o saneamento básico escasso, com esgoto a céu aberto.

Os relatos mostraram que a poluição é um fator agravado pelo lixo depositado nas ruas. Em dias em que não há coleta, os cães rasgam as sacolas e todos os resíduos ficam espalhados. Devido a essas condições, o número de ratos aumentou consideravelmente, elevando as chances de proliferação de doenças. Conforme discussão em grupo, os ACS apontaram que hoje são poucos os lugares onde as crianças têm para brincar. Um ACS explicou que com o passar dos anos algumas praças acabaram se transformando em lixões.

Outro agravante presente na comunidade é o analfabetismo. Segundo os ACS, nessa condição, os usuários não conseguem organizar seus medicamentos, dependendo do auxílio de familiares, vizinhos ou profissionais da saúde.

No que diz respeito aos problemas de saúde presentes na comunidade, os ACS citaram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) como doenças prevalentes, principalmente nas pessoas idosas, que são as principais portadoras dessas doenças crônicas. Foi descrito que, na maioria das áreas, o número de idosos é elevado, o que demanda mais tempo e atenção dos profissionais, devido às suas particularidades, como diminuição da visão e da audição.

Têm muitos idosos! E assim, tem que cuidar, ver medicação e receita, é um trabalho constante. (GF 01).

É uma área de muitos idosos, eu atendo 110 idosos, tenho 90 pessoas que têm hipertensão, e muito deles diabetes, a grande maioria precisa de ajuda (GF 02).

Outra preocupação compartilhada pelos ACS foi a difícil adesão dos usuários ao tratamento da Tuberculose (TB), pelo fato do prolongado tratamento (pelo menos 6 meses), que é necessário para a cura. Muitas vezes os indivíduos desistem do tratamento ou se negam a realizar a terapêutica necessária.

Eu acho que o grande problema da tuberculose que a gente encontra é o tratamento. Desses 3 anos de trabalho eu só tive um paciente que fez o tratamento completo (GF 02).

Foi abordado pelos ACS que assim como a TB há um aumento significativo de pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV):

Muitas vezes, junto com a tuberculose tem o HIV (GF 03).

Outro problema na comunidade é o número de pessoas com HIV, está cada vez maior (GF 02).

DISCUSSÃO

A construção da saúde e trabalho enquanto DSS é influenciada pelo aumento da violência urbana e pelo incremento das situações de adoecimento por doenças infecciosas. Tais contextos são desafiadores para os profissionais no nível local, especialmente os ACS que vivenciam essa determinação duplamente, enquanto morador do território e trabalhador destes espaços. Nessa perspectiva, a efetivação de políticas que contemplem essas dinâmicas sociais, ambientais e culturais demanda um olhar sensível a essas configurações e suas repercussões em tais dinâmicas.

Um estudo realizado em uma Unidade Básica da Saúde da Família, situada no município de Aracati, no estado do Ceará, demonstrou que, devido à violência na comunidade, sentimentos como ansiedade, desespero e aflição tornaram-se rotineiros no processo de trabalho dos ACS. A violência é compreendida como um evento que acarreta transtornos nas condições de saúde, como também no desempenho profissional, interferindo na prestação da assistência⁽⁹⁾.

Revisão sistemática analisou aspectos dificultadores que se apresentam no cotidiano de trabalho dos ACS. Entre os problemas relacionados, os estudos apontaram a exposição desses trabalhadores à violência em regiões de grandes centros urbanos, em que o crime organizado e o tráfico de drogas é pronunciado. O fato de trabalharem e habitarem no mesmo território torna-os “mais vulneráveis em situações de conflitos se comparados aos demais trabalhadores da ESF”⁽⁷⁾.

Os ACS apontaram que a área da saúde era mais respeitada e valorizada. No entanto, atualmente os profissionais são proibidos, por alguns traficantes, de adentrar certas áreas da comunidade. A criminalidade e a violência apresentam-se como dois dos principais problemas vivenciados pela população brasileira. A apropriação do espaço pelos traficantes constitui um exercício de poder, em que as facções utilizam a violência como forma de demarcação de suas fronteiras⁽¹⁰⁾.

As consequências do tráfico de drogas desencadeiam ameaças, assaltos e agressões, as quais permeiam a realidade da atuação dos profissionais de saúde. É desafiador o trabalho desenvolvido pelos profissionais da ESF nas áreas “onde vivem famílias de baixa renda e pouca escolaridade, com situações precárias e desiguais socialmente”⁽⁹⁾.

“Os cidadãos convivem com as limitações e com as incertezas impostas pela violência. Ao estarem expostos aos conflitos que envolvem o domínio do tráfico”⁽⁹⁾, os usuários sentem-se coagidos em suas residências, perdendo a liberdade dentro da comunidade. Essa vivência faz com que a qualidade de vida dos moradores seja afetada drasticamente⁽¹¹⁾. “Além de interferir nas questões socioeconômicas e culturais”⁽⁹⁾, faz com que os indivíduos estejam sujeitos diariamente a assaltos⁽¹²⁾ e ao risco de serem atingidos “por tiros durante as disputas entre as localidades rivais”⁽⁹⁾.

A violência está intimamente ligada com a estrutura social, econômica e política. Em diversas situações é necessária uma adequação à realidade local para a prestação dos cuidados em saúde⁽¹³⁾, “o que pode representar inúmeros desafios para sua promoção efetiva”⁽⁹⁾. De acordo com estudo realizado em um distrito da periferia de Belém (PA), o trabalho desenvolvido por profissionais da ESF nas áreas da comunidade é inseguro e, muitas vezes, a atenção em saúde é restrita aos usuários que se dirigem às unidades⁽¹¹⁾. Ao analisar a situação da equipe de enfermagem sobre sofrimento mental no processo de trabalho, foi evidenciado que a violência pode ocasionar “problemas no desempenho profissional, absenteísmo e alterações psicológicas”⁽⁹⁾, e tal realidade pode ser estendida aos ACS⁽¹⁴⁾.

As desigualdades nos espaços de sociabilidade, lazer e cultura, a escassez do saneamento básico e a falta de água limpa e encanada nas favelas e periferias são fatores que tornam a vida das famílias mais árduas⁽¹⁵⁾. O crescimento econômico desigual e o aumento da pobreza podem influenciar os índices de criminalidade em um determinado local, elevando a mortalidade infantil, o abuso de drogas e doenças de uma forma geral⁽¹⁶⁾.

Cabe, neste ponto, destacar a articulação dos achados do presente estudo e a hierarquia que se constitui nos determinantes existentes entre os fatores que se colocam de maneira mais geral de natureza socioeconômica e política e as mediações por meio do qual esses fatores incidem na situação de saúde, individual e coletiva⁽¹⁷⁾, seja dos usuários, profissionais ou usuários-profissionais, no caso dos ACS.

De forma mais ampla, pode-se considerar que, entendendo esse complexo de mediações, torna-se menos difícil compreender a falta de correlação dos macroindicadores de riqueza de determinada sociedade, ou seja, o PIB não determina as condições de vida e saúde da população. Ainda, os estudos de mediação permitem identificar as intervenções que possam causar impacto na redução das iniquidades em saúde. Nessa perspectiva, é essencial, em termos conceituais e metodológicos, distinguir os DSS relacionados a indivíduos e a grupos/populações, pois as explicações não abarcam as distintas realidades⁽¹⁷⁾.

Ao examinar os DSS a partir de um microespaço, pode-se perceber a influência de fatores ambientais, como a poluição secundária ao depósito irregular de resíduos sólidos. Este depósito ocasiona diversos “problemas, como a contaminação ambiental, afetando o solo, as águas, o lençol freático e o ar. A poluição se deve, entre outros fatores, ao processo de decomposição da matéria orgânica, que gera o chorume. Tal processo evidencia reflexos negativos na saúde pública, atraindo muitos vetores prejudiciais aos seres humanos, que se encontram nessas áreas em busca de alimentos ou como forma de sobrevivência”⁽¹⁸⁾.

Ainda analisando tal cenário, considera-se que essa vulnerabilidade socioambiental é resultado de processos sociais e mudanças ambientais, uma combinação de dificuldades nas condições de trabalho, renda, saúde e educação. Tal conjugação, relacionada à falta de habitações saudáveis e seguras e saneamento adequado fazem com que certos grupos

populacionais, em especial os mais pobres, sejam vulneráveis a desastres⁽¹⁹⁾.

Outro ponto de destaque nos DSS está vinculado às condições de vida e situação de pobreza, no qual o analfabetismo, a fragilidade das redes sociais do idoso e o adoecimento crônico – o qual tem se revelado altamente prevalente na situação de envelhecimento – necessitam do fortalecimento das redes sociais na presença da família e/ou do Estado. Porém, diante das diversas dinâmicas de vida familiar, muitas vezes, não há ninguém responsável por esse cuidado, muitos idosos são abandonados em hospitais ou asilos e enfrentam a precariedade de investimentos públicos para o atendimento de suas necessidades.

Tal reflexão se faz necessária, pois, com o passar dos anos, o número de idosos no Brasil tem aumentado significativamente. Em 2012, o percentual de idosos era de 12,6%, já em 2013 encontrava-se em 13%, totalizando uma média de 26,1 milhões. Da mesma forma que tem ocorrido a elevação no número de pessoas idosas, tem crescido simultaneamente o número de casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente nessa faixa etária⁽²⁰⁾. Entre as DCNT, a HAS e a DM são citadas como as afecções mais comuns, constituindo-se como as principais causas de hospitalizações no sistema público de saúde. Além disso, estão entre os cinco principais fatores de riscos para a mortalidade no mundo, pois aumentam as chances do desenvolvimento de outras comorbidades⁽²¹⁾.

No entanto, as doenças transmissíveis ainda são consideradas um problema de grande impacto na sociedade. Vive-se no Brasil uma transição demográfica e epidemiológica, expressa pela concomitância de doenças crônicas, doenças infecciosas e causas externas⁽²²⁾. A TB é considerada a segunda principal causa de morte por doença infecciosa em todo o mundo⁽²³⁾. De acordo com um estudo realizado em Minas Gerais os principais fatores agravantes para a propagação da TB são os fatores socioeconômicos, ambientais, além dos individuais, pela não adesão ao tratamento da tuberculose, o que propicia o difícil controle dessa doença⁽²⁴⁾.

Na realidade do município deste estudo, a incidência média anual de TB não apresenta uma distribuição homogênea no território. Os locais de maior incidência são as vilas ou favelas, sendo que os locais com as menores incidências são os bairros com as melhores condições socioeconômicas⁽²⁵⁾. Os principais motivos para os usuários abandonarem o tratamento para a TB estão relacionados com a baixa escolaridade, não possuir residência fixa e não ter recurso financeiro para locomoção. A pesquisa também descreveu fatores relacionados à equipe de saúde como fatores dificultadores no tratamento da TB, especialmente pela formação deficitária de vínculo entre os profissionais e a população, a ausência de escuta qualificada, assim como *deficit* no acolhimento e acompanhamento⁽²⁶⁾. A situação apontada na TB demonstra a diferente hierarquia dos determinantes em saúde, seja individual ou do sistema de saúde.

RESUMO

Objetivo: Compreender os determinantes sociais de saúde a partir da perspectiva do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Método:** Pesquisa qualitativa, realizada em uma Gerência Distrital de Saúde, no município de Porto Alegre/Rio Grande do Sul, por meio de grupos focais e entrevistas semiestruturadas junto a agentes comunitários de saúde. A análise ocorreu por meio da categorização temática, e adotaram-se os determinantes sociais de saúde como categoria analítica. **Resultados:** Participaram 25 agentes comunitários de saúde. Emergiram temas de cunho individual e coletivo que se sobrepuseram, desde a violência e o tráfico de drogas à ausência de

Nessa perspectiva, a TB tem sido um dos principais fatores que contribuiu para o óbito em pessoas portadoras de HIV, tendo um crescimento nacional de 9,8%, da incidência da coinfeção TB/HIV⁽²⁷⁾. A cidade de Porto Alegre tem se destacado no que se refere às altas taxas de coinfeção TB/HIV. De acordo com dados epidemiológicos, Porto Alegre apresenta a maior taxa de coinfeção TB/HIV no Brasil, com 47,8 casos para cada 100.000 habitantes e ainda lidera os casos de incidência de TB e prevalência da Aids no Brasil⁽²⁸⁾.

As discussões nos grupos focais também aludiram ao crescente número de pessoas com depressão nas áreas atendidas pelos ACS, demandando um olhar atento dos profissionais para este cenário que se apresenta em ascensão no País. A depressão é evidenciada como uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, provocando limitações no funcionamento físico, pessoal e social⁽²⁹⁾.

A demanda em saúde mental é complexa, visto que o aumento dos casos tem se dado principalmente pelos problemas cotidianos que a população enfrenta no seu território, como situações de violência e tráfico de drogas, além da precária condição socioeconômica, que resulta em um elevado número de famílias em situação de vulnerabilidade⁽³⁰⁾. Os DSS se fazem presente na operacionalização na vida diária e, portanto, necessitam de um enfrentamento dos diferentes atores sociais e políticos nos níveis local, regional e nacional.

CONCLUSÃO

O estudo revelou a complexa relação entre o trabalho dos ACS e os DSS, principalmente nos seguintes aspectos: presença da violência no território, tráfico de drogas, ausência de saneamento, lixo com descarte inadequado, analfabetismo e presença de pessoas vivendo com doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis.

As situações vivenciadas dialogam com os problemas macrosociais, muitas das dificuldades encontradas também se encontram em outras regiões, cidades e países, não representando uma realidade local. Nesse contexto, a identificação e a análise dos DSS podem auxiliar no estabelecimento de práticas, com o propósito de auxiliar o processo de tomada de decisão, a avaliação crítica do processo saúde-doença e o redirecionamento do cuidado.

O ACS como integrante da equipe interprofissional colabora de maneira diferenciada nas ações de promoção, prevenção, investigação, diagnóstico e recuperação da saúde da população. Tal papel reforça a necessidade de uma equipe de saúde coesa, com iniciativas intersetoriais para contemplar as diferentes demandas do território vivido. Diante das alterações da PNAB, especialmente no que tange à presença do ACS nas equipes de ESF, corre-se o risco de retrocessos no modo de trabalho da APS, ocultando as realidades de vida que influenciam os processos de saúde-doença.

saneamento, lixo com descarte inadequado, analfabetismo e os problemas de saúde propriamente ditos. **Conclusão:** O estudo revelou a complexa relação entre o trabalho dos agentes comunitários de saúde e os determinantes sociais de saúde, reforçando a necessidade de uma equipe de saúde coesa, com iniciativas intersetoriais para contemplar as diferentes demandas do território vivido.

DESCRITORES

Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Disparidades nos Níveis de Saúde; Condições de Trabalho; Determinantes Sociais da Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Comprender los determinantes sociales de salud desde el punto de vista del trabajo de los agentes comunitarios de salud. **Método:** Investigación cualitativa, llevada a cabo en una Gerencia Distrital de Salud, en el municipio de Porto Alegre/Río Grande do Sul, mediante grupos focales y entrevistas semiestructuradas junto a agentes comunitarios de salud. El análisis ocurrió mediante la categorización temática y fueron adoptados los determinantes sociales de salud como categoría analítica. **Resultados:** Participaron 25 agentes comunitarios de salud. Emergieron temas de cuño individual y colectivo que se superpusieron, desde la violencia y el tráfico de drogas hasta la ausencia de saneamiento, eliminación inadecuada de basura, analfabetismo y los problemas de salud propriamente dichos. **Conclusión:** El estudio desveló la compleja relación entre el trabajo de los agentes comunitarios de salud y los determinantes sociales de salud, haciendo hincapié en la necesidad de un equipo de salud cohesivo, con iniciativas intersectoriales para abarcar las distintas demandas del territorio vivido.

DESCRIPTORES

Agentes Comunitarios de Salud; Atención Primaria de Salud; Disparidades en el Estado de Salud; Condiciones de Trabajo; Determinantes Sociales de la Salud.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque GSC, Silva MJS. On health, determinants of health and the social determination of health. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 28];38(103):953-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0953.pdf>
2. Dalcin CB, Backes DS, Ineu Dotto J, Teixeira Souza MH, Moreschi C, Buscher A. Determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2016;10:e01607. DOI: <http://dx.doi.org/0.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201607>
3. Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2018 mar. 21];66(3):412-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a17v66n3.pdf>
4. Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. Is the value of Community Healthcare Agents in Brazil's Family Health Strategy receiving full recognition? *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 22];21(8):2537-46. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en_1413-8123-csc-21-08-2537.pdf
5. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Lissandra Baggio L, Wachs F. The work of the community health worker from the perspective of popular health education: possibilities and challenges. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 28];21(5):1637-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2018 mar. 25]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/setembro2017/dia22/portaria2436.pdf>
7. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:e00395. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000395>
8. Simões A L, Freitas CM. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [citado 2018 maio 28];40(109):47-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00047.pdf>
9. Santos MS, Silva JG, Branco JGO. O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafios para a atenção em saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2018 mar. 25];30(2):229-38. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/5895/pdf>
10. Oliveira GR, Freitas AML, Bortolo CA, Pereira EC, Canela JN, Trindade KKL, et al. O mapa das drogas em uma cidade do Norte de Minas Gerais. *Rev Eletr Acervo Saúde* [Internet]. 2018 [citado 2018 jun. 12];1(10):1171-6. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS154.pdf>
11. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Nurses challenging violence in the scope of practice in the family health program. *Texto Context Enferm*. 2013;22(4):935-42:e00009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400009>
12. Ferreira VP, Silva MA, Neto CN, Neto GHF, Chaves CV, Bello RP. Prevalência e fatores associados à violência sofrida em mulheres encarceradas por tráfico de drogas no Estado de Pernambuco, Brasil: um estudo transversal. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [citado 2018 jun. 10];19(7):2255-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02255.pdf>
13. Larsen DA, Lane S, Jennings-Bey T, Haygood-El A, Brundage K, Rubinstein RA. Spatio-temporal patterns of gun violence in Syracuse, New York 2009-2015. *PLoS One* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 6];12(3):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5358737/>
14. Vasconcelos SC, Souza SL, Sougey EB, Ribeiro ECO, Nascimento JJC, Formiga MB, et al. Nursing staff members mental's health and factors associated with the work process: an integrative review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2016;12:167-76.
15. Pérez BC, Jardim MD. A participação de crianças nas políticas públicas: construção, prática e desafios. *Pesqui Prát Psicossoc* [Internet]. 2015 [citado 2018 maio 10];10(1):206-18. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000100017

16. Marques Junior K. A renda, desigualdade e criminalidade no Brasil: uma análise empírica *Rev Econ Nordeste* [Internet]. 2014 [citado 2018 jun. 18];45(1):34-46. Disponível em: <https://ren.emnuvens.com.br/ren/article/view/62>
17. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Internet]. 2007 [citado 2018 jun. 20];17(1):77-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
18. Barboza MSM, Caixeta CK, Oliveira CA, Colares CJG. Gestão de resíduos sólidos do lixão da cidade de Pirenópolis. *Rev Cient ANAP Brasil* [Internet]. 2013 [citado 2018 maio 10]; 6(7):167-94. Disponível em: http://www.amigosdanatureza.org.br/publicacoes/index.php/anap_brasil/article/view/429/456
19. Almeida ML, Peres AM, Ferreira MMF, Mantovani MF. Translation and adaptation of the Competencias Esenciales en Salud Pública para los recursos humanos en salud. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2017;25:e2896. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1684.2896>
20. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2018 mar. 22]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf
21. World Health Organization. Knowledge translation on ageing and health: a framework for policy development [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2018 May 12]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation_en.pdf
22. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [citado 2018 maio 22];15(5):2297-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
23. Falzon D, Mirzayev F, Fraser Wares F, Baena IG, Zignol M, Linh N, et al. Multidrug resistant tuberculosis around the world: what progress has been made? *Eur Respir J* [Internet]. 2015 [cited 2018 May 10];45(1):150-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318660/>
24. Neves JA, Machado AN, Santos TVC, Norberg AN, Ferreira RM, Freire NMS. Avaliação da tuberculose em pacientes da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil. *Int Sci J* [Internet]. 2014 [citado 2018 maio 30];1(29):125-37. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/285/282>
25. Acosta LMW, Bassanesi SL. O paradoxo de Porto Alegre: os determinantes sociais e a incidência da tuberculose. *Rev Bras Epidemiol Suppl DSS* [Internet]. 2014 [citado 2018 jun. 20];88-101. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s2/pt_1415-790X-rbepid-17-s2-00088.pdf
26. Araujo AS, Vieira SS, Junior BL. Fatores condicionantes ao abandono do tratamento da tuberculose relacionados ao usuário e à equipe de saúde. *Cad Saúde Desenvolv* [Internet]. 2017 [citado 2018 maio 26];10(6). Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/saudeedesenvolvimento/article/view/585/445>
27. Santos DT, Garcia MC, Costa AANF, Pieri FM, Meier DAP, Albanese SPR, et al. Infecção latente por tuberculose entre pessoas com HIV/AIDS, fatores associados e progressão para doença ativa em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2018 maio 28]; 33(8): 1-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00050916.pdf>
28. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de 2018 a 2021 [Internet]. Porto Alegre; 2017 [citado 2018 maio 28]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=927
29. Noronha Júnior MAG, Braga YA, Marques TG, Silva RT, Vieira SD, Coelho VAF, et al. Depressão em estudantes de medicina. *Rev Med Minas Gerais*. 2015;25:e50123. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150123>
30. Vieira AMB, Albuquerque EG, Pereira LA, Andrade IS. Percepção dos agentes comunitários de saúde acerca do acompanhamento aos usuários de saúde mental. *SANARE* [Internet]. 2017 [citado 2018 jun. 30];16(1):24-31. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1090/601>

