



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

JÚLIA GONÇALVES COSTA

**O MODO TECNOLÓGICO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE E O
TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Salvador
2009

JÚLIA GONÇALVES COSTA

**O MODO TECNOLÓGICO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE E O
TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Área de concentração: Planificação e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof.Dr.Jairnilson Silva Paim

Salvador
2009

À Lia, filha querida.
Por me ensinar o significado do amor incondicional.
A vó Áurea (*in memoriam*).
Pelo afeto e presença eterna.

AGRADECIMENTOS

Confesso que esperei com ansiedade o momento de escrever os agradecimentos desta dissertação. Não pelo fato de eu ser boa com as palavras ou coisa parecida, mas porque escrever esta parte do trabalho significa que fechei um ciclo, ou melhor, que fechamos um ciclo, já que esse trabalho é resultado do esforço de várias pessoas.

Agradeço inicialmente e especialmente a duas pessoas que foram decisivas para que eu realizasse o curso do mestrado e a dissertação. Ao Prof. Jairnilson, que representa, de fato, o significado da palavra mestre. Que com perspicácia, competência, compromisso, ética e sensibilidade, me orientou e me mostrou o caminho da construção do conhecimento, neste processo de tornar-me *sujeito epistêmico*. A Helô (minha mãe) pelo carinho, por ter sempre me incentivado e ter tido a paciência de ouvir as minhas angústias, de discutir, apontar caminhos e ler (quinhentas vezes) o que eu escrevia.

As amigas do peito. Beta, pelo carinho, companheirismo, e pelo crescimento pessoal e espiritual que sua amizade me proporcionou. A Tânia Torres, pelo afeto e apoio incondicional em todos os momentos.

A Ana Luiza Vilasbôas, uma das primeiras pessoas a acreditar no meu potencial profissional, exemplo de determinação, e com quem aprendi muitas coisas, uma delas, ser mais tolerante.

À Professora Ligia Vieira da Silva, pelas contribuições dadas na construção do projeto de pesquisa.

Aos colegas de mestrado, especialmente a Sara, Silvia, Adaíldes e Ana Carla, pelos momentos em que compartilhamos problemas, soluções, dificuldades e conhecimentos.

A Ana Caribé, pela ajuda com as transcrições das gravações das entrevistas.

Aos colegas de trabalho da SESAB/DIVEP, Alba, Cristiana, Gorete, Maricélia, Tânia, Ana Rita, Eliana, Joselina, Raquel. Obrigada pela paciência, pela amizade e pelo aprendizado diário.

A todos os trabalhadores de saúde das unidades de saúde da família e da Secretaria Municipal de Saúde do Município onde realizei a pesquisa de campo. Obrigada pela disponibilidade e por permitirem a realização deste trabalho.

Por fim, agradeço a família, meu suporte e ponto de equilíbrio. A meu pai pelos momentos de descontração e boas risadas que a sua presença proporciona. A Dudu, meu marido, pelo amor, pela admiração, apoio, e paciência nos muitos momentos de presença-ausente. A minha filha linda Lia, por existir. A meu querido irmão Guilherme (Tio Gui), pelo exemplo de competência e pela ajuda com os números, gráficos e com o inglês. A vocês o meu agradecimento eterno.

COSTA, Júlia Gonçalves. **O Modo Tecnológico da Vigilância da Saúde e o Trabalho das Equipes de Saúde da Família**. 132 f. il. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

RESUMO

Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), na década de 90, a discussão da mudança do modelo assistencial da saúde vem ganhando força. O PSF, entendido inicialmente como programa focalizado de atendimento para os pobres, incorpora os princípios e diretrizes da Vigilância da Saúde e assume o discurso de estratégia de mudança do modelo assistencial a partir da atenção básica, na construção do SUS. No entanto, as propostas de mudança do modelo assistencial enfrentam-se com o desafio que é o de mudar as práticas de saúde, o que implica a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações e da sua cultura. Um dos pontos centrais trazidos pelo SUS e incorporado pelo PSF, para propor mudanças na saúde, foi apontar a saúde não apenas como ausência de doença, mas relacionada com as condições de vida e de trabalho, o que significa a redefinição do objeto da saúde. Contudo, este novo objeto não tem sido trabalhado, rotineiramente, pelo setor saúde. Tal situação parece se constituir em um dos nós críticos para a mudança da prática dos profissionais. Daí as questões de investigação: como delimitar este novo objeto? Que instrumentos têm os trabalhadores de saúde para lidar com ele? Procurando responder a essas questões foi realizado um estudo de caso, tendo como unidade de análise duas equipes de saúde da família de um município da Região Metropolitana de Salvador-Ba. O objetivo deste estudo é analisar as práticas de saúde de Equipes de Saúde da Família (ESF) segundo o modo tecnológico da Vigilância da Saúde. O referencial teórico fundamenta-se na teoria do processo de trabalho em saúde. Foram realizadas entrevistas com trabalhadores de saúde de duas ESF, principais fontes de dados desta pesquisa. As evidências produzidas permitem afirmar que o objeto privilegiado das práticas das ESF investigadas tem sido as doenças e agravos à saúde. As ESF não estão tomando como objeto de suas práticas os problemas de saúde da população de acordo com as diretrizes e princípios da Vigilância da Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, que considera os danos, os riscos e os determinantes relacionados ao processo saúde-doença. As evidências indicam, ainda, que apesar dos profissionais das equipes utilizarem alguns dos instrumentos previstos para apreender de forma ampliada os problemas de saúde, o fazem de forma incipiente usando, apenas, para apreender as doenças e agravos à saúde da população.

Palavras-chave: Programa de saúde da família. Vigilância da saúde. Processo de trabalho em saúde. Práticas de saúde.

COSTA, Júlia Gonçalves. **Health surveillance technology mode and the work in family health teams**. 132 pp. ill. 2009. Dissertation (Master) – Collective Health Institute, Federal University of Bahia, Salvador, 2009.

ABSTRACT

The implementation of the Family Health Program (FHP), in the 90s, raised the discussion of changing the health care model. The FHP, initially perceived as focused on the low income population, incorporates the principles and guidelines of the Health Surveillance and goes for the changing strategy of the health care model, which originated in the primary care in the construction of Public Health System (PHS). However, proposals for changing the health care model faces the challenge of changing health practices, which implies a redefinition of the object, means, activities, technical and social relations, organizations and their culture. One of the main contributions from PHS to FHP was pointing out that health is not only the absence of diseases, but it is rather related to life and work conditions, which means the redefinition of the object of health. However, this new object has not been routinely discussed by health professionals. This problem seems to be one of the main roadblocks in changing practice. Hence the questions of this paper: how to define this new object? What tools do health professionals have to deal with it? To answer these questions, a case study was conducted in two teams of the FHP in the outskirts of Salvador-Ba. This study aims at analyzing FHP's practices under theoretical framework of Health Surveillance. The theoretical indications are based on the work process theory in the health field. The main source of data in this research was interviews with health professionals in both FHP teams. The collected data indicated that the prime object of FHP is diagnosing diseases and health problems. FHP is not taking their practices accordingly to the object of health problem in the population and the guidelines and principles of the Health Surveillance and strategy of FHP, which consider the damage, the risks and determinant factors related to the health-disease approach. Also, collected data indicated that when professionals use some of recommended tools, they do so incipiently, using it only to learn about diseases and harms to public welfare.

Keywords: Family health program. Health surveillance. Work flow in healthcare. Healthcare practice.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNS – Conferência Nacional de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

ISC – Instituto de Saúde Coletiva

MS - Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PROESF – Projeto de Expansão do Programa de Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAME – Serviço de Arquivo Médico

SCIELO – Scientific Electronic Library on line

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SIS - Sistemas de Informação em Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

VISAU - Vigilância da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 VIGILÂNCIA DA SAÚDE E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	13
2 ELEMENTOS TEÓRICOS	21
2.1 PRÁTICA DE SAÚDE E ESTRUTURA SOCIAL	22
2.1.1 Objeto das Práticas	24
2.1.2 Meios de Trabalho	26
2.1.3 Relações Técnicas e Sociais	27
2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRÁTICA DE SAÚDE	28
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
3.1 LOCUS DO ESTUDO	33
3.2 DIMENSÕES ANALÍTICAS, CRITÉRIOS, INDICADORES E FONTES DE VERIFICAÇÃO	34
3.3 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	40
4 RESULTADOS	43
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES E DAS UNIDADES DE SAÚDE INVESTIGADAS	44
4.1.1 Composição das Equipes	44
4.1.2 Estrutura das Unidades	44
4.1.3 Organização do Trabalho da Equipe	45
4.2 PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	47
4.2.1 O objeto de trabalho	47
4.2.2 Atividades e instrumentos de trabalho	50
4.2.3 Relações técnicas e sociais	69
5 DISCUSSÃO	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91

REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	103
A - Matriz de análise	104
B - Instrumento de coleta de dados	106
C - Termo de consentimento livre e esclarecido	118
D - Planilhas de tabulação do questionário	119

1 INTRODUÇÃO

No cenário atual da saúde no Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) está marcada por avanços e retrocessos. Em que pese os avanços legais e jurídicos em relação ao financiamento e gestão, não se observam avanços semelhantes no que se refere à mudança do modelo assistencial. Segundo Teixeira (2006), a discussão do modelo de atenção foi sendo deslocada do centro das atenções, em virtude da proeminência que passou a ter a questão jurídico-legal. Contudo, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir dos meados da década de 90, a questão da mudança do modelo assistencial vem ganhando força. O PSF entendido inicialmente como programa focalizado de atendimento primitivo para os pobres assume, ao longo do tempo, o discurso e intenção de estratégia de mudança do modelo assistencial a partir da atenção básica, na direção da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998; BRASIL, 2005; BRASIL, 2006a). Para melhor compreensão dessa dinâmica faz-se necessário re-visitar, brevemente, a história da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e de construção do SUS.

O Movimento da RSB, que teve a sua maior expressão durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi impulsionado, a partir da década de 80, pela crise econômica juntamente com a crise do modelo médico-assistencial privatista – de orientação biomédica; voltado para cura de doenças; alto custo, com incorporação tecnológica crescente e baixo impacto na situação de saúde da população - aliadas ao processo de democratização do Brasil. Durante a 8ª CNS colocou-se em debate o conceito ampliado de saúde; a consideração da saúde como direito de todos e dever do Estado; a proposta de criação do SUS; a participação popular (controle social) e a constituição e ampliação do orçamento social, princípios e diretrizes orientadoras da RSB (PAIM, 2003a). É importante destacar que a RSB é um movimento de defesa da vida e da melhoria das condições de saúde da população, que assume uma proposta mais ampla de

transformação e democratização da sociedade, e mudança da situação sanitária (ESCOREL, 1998)

Nessa conjuntura, as proposições formuladas e defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira ganham força e conseguem incluir na nova Constituição, promulgada em 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado e a instituição do SUS.

Para instituição do SUS são definidos princípios e diretrizes - integralidade da assistência, universalidade do acesso, equidade, descentralização e participação popular- que implicam alterações profundas nos componentes do sistema de serviços de saúde. Supõem, fundamentalmente, mudanças no modelo assistencial e, por conseguinte, na organização e desenvolvimento de recursos (infra-estrutura de recursos materiais, humanos e tecnológicos), no apoio econômico (financiamento) e na gestão do sistema (PAIM, 2003b).

Do ponto de vista político-jurídico, a promulgação da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde em 1990 (Leis no. 8080 e 8142) significa um avanço para a instituição do SUS. Assiste-se, a partir daí, o desenvolvimento e adoção de propostas e mecanismos, traduzidos nas Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB/93, NOB/96, NOAS/01, NOAS/02), que buscaram assegurar a descentralização, provocando avanços no processo de municipalização dos serviços de saúde, na forma de financiamento, bem como no desenvolvimento de novos modelos de gestão e de atenção. No ano de 2006, as aprovações do Pacto pela Saúde – com alterações na forma de financiamento, nos processos de habilitação, entre outros (BRASIL, 2006b) - e da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) - com uma revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica, pareciam indicar novas perspectivas para o SUS.

No que se refere aos modelos de atenção à saúde, pode-se verificar, sobretudo a partir da década de 80, que o Brasil experimenta algumas propostas de mudança. Estas foram operadas através da organização do SUDS – “estratégia ponte” para instalação do SUS, durante a construção do arcabouço legal para a RSB (PAIM, 2003b) - e dos Distritos Sanitários, seguida da elaboração de desenhos de

modelos assistenciais como o da Vigilância da Saúde (VISAU) e da implementação de estratégias de reorganização da atenção básica como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF.

No entanto, mudar o modelo de atenção, como previsto no SUS, requer não apenas definição de princípios e diretrizes, pois implica enfrentar o modelo de atenção hegemônico no país, já cristalizado nas práticas dos profissionais de saúde. Modelo este que é o resultado de uma combinação complementar e ao mesmo tempo antagônica de dois outros: o médico assistencial privatista e o modelo assistencial sanitário que dicotomizam assistência e prevenção, individual e coletivo (ALVES, 2005).

No que diz respeito à redefinição de práticas, as propostas do modelo de atenção da Vigilância da Saúde e a estratégia de saúde da família, introduzem elementos para inovações no conteúdo e nas formas das práticas assistenciais, preventivas e promocionais, e nas relações do serviço com a população, que ainda não foram concretizadas (TEIXEIRA, 2006).

1.1 VIGILÂNCIA DA SAÚDE E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste estudo, assume-se a seguinte definição de modelo de atenção:

[...] uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação. Incorpora uma lógica que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde, constituindo um modo de intervenção em saúde (PAIM, 2003b, p.568).

Portanto, a proposta de reorganização do modelo assistencial enfrenta-se com o desafio que é o de mudar as práticas de saúde. O que implica a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações e da sua cultura (PAIM, 2003b).

Outra via de discussão, trazida por Teixeira (2006), apresenta uma concepção sistêmica de modelo de atenção. Essa concepção inclui três dimensões: a) gerencial (mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; b) organizativa (estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade); e c) técnico assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, recuperação, reabilitação e cura).

Segundo Paim (2003b), para haver uma mudança real do modelo assistencial, na direção de um modelo centrado no controle de riscos e causas, deveria haver mudança nas três dimensões propostas por Teixeira (2006).

Vilasbôas (1998) investigou a incorporação de práticas de vigilância da saúde em um distrito sanitário do município de Salvador-Ba, ressaltando que a VISAU surge enquanto modelo assistencial alternativo ao modelo hegemônico, na tentativa de operacionalizar o princípio da integralidade da atenção. Relata em seus resultados uma incorporação parcial das práticas de vigilância da saúde e aponta que para haver mudanças na prática cotidiana deve haver alterações substantivas nas relações sociais entre profissionais de saúde e na forma de financiamento e gestão, o que demonstra a complexidade do assunto em questão.

Dentre as propostas que caminham no sentido de mudança do modelo de atenção, como já pontuado anteriormente, tem se dado ênfase ao Programa de Saúde da Família, que tem suas normas e diretrizes aprovadas pela portaria nº1886, em dezembro de 1997. Inicialmente, esta iniciativa chega como um programa vertical para ampliar a cobertura a saúde no Nordeste Brasileiro, sendo tomado no contexto da política de saúde brasileira como estratégia de reorganização da atenção primária e do modelo assistencial, devendo, assim, contribuir para a construção do SUS. A expansão dessa proposta ocorreu a partir de 1998, período que a maioria dos municípios brasileiros iniciou suas ações (BRASIL, 2000).

O PSF incorporou como estratégia operacional os elementos e princípios característicos da proposta da Vigilância da Saúde, que são, segundo Paim (2003b, p.577):

[...] Práticas sanitárias destinadas a controlar determinantes, riscos e danos, sobretudo no nível local. Apóia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no nível local com as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos, ou determinantes); ênfase em problemas que requerem atenção contínua; utilização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território e intervenção sobre a forma de operações;

À semelhança da VISAU, que propõe a redefinição das práticas sanitárias, o PSF atua com base nas seguintes diretrizes: eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem; trabalho em equipes multiprofissionais; adscrição de clientela; caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização (AQUINO, 2003; BRASIL, 1998; BRASIL, 2006a).

Para dar conta de reorganizar as práticas dentro das características e diretrizes pontuadas acima por Paim (2003b) e Aquino (2003), a Equipe de Saúde da Família (ESF) deve recorrer a alguns instrumentos e tecnologias como: microlocalização dos problemas; uso da epidemiologia para intervenção no âmbito populacional; apropriação do território-processo através de oficinas de territorialização; utilização da geografia crítica e do planejamento estratégico e programação local em saúde (PAIM, 2003b).

Os primeiros estudos de mestrado e doutorado e publicações em revistas indexadas que tomam o PSF como tema de investigação começam a aparecer no Brasil a partir de 1998. Estes trabalhos discutem o impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (TRAD e BASTOS, 1998) e a sua consolidação (OLIVEIRA FILHO, 1999), entre outros. Com a expansão do PSF a partir do ano de 2000, que na Bahia passou de uma cobertura populacional de 10,7% em 2001 para 44,7% em 2006 (BRASIL, 2007), observa-se, ano a ano, o crescimento dos trabalhos acadêmicos de pesquisa. As preocupações vão desde a inserção nas equipes de determinadas categorias profissionais, predominantemente enfermeiros e odontólogos e a mudança de suas práticas específicas (CAMARAGIPE, 1999; PIZZATO et al, 2000; COSTA et al, 2000), assim como temas sobre financiamento

(MARQUES e MENDES, 2002), satisfação do usuário (TRAD et al, 2002), recursos humanos (REIS e HORTALE, 2004; GIL, 2005), chegando a estudos que tratam de avaliar os efeitos do PSF sobre a saúde da população (AQUINO, 2006).

Mais recentemente podemos localizar pesquisas de avaliação institucional, desencadeadas pelo Ministério da Saúde (MS), onde estão incluídos os estudos de linha de base do Projeto de Expansão do Programa de Saúde da Família – PROESF¹. Esses trabalhos procuram avaliar diversos aspectos do desempenho do PSF: avaliação do impacto do PSF em indicadores relacionados à saúde da criança (RONCALLI e LIMA, 2006); avaliação da qualidade do atendimento de pré-natal, assistência ao parto, saúde infantil, saúde bucal, e outros tipos de atendimentos (SZWARCWALD et al, 2006); comparação de modalidades assistenciais do PSF e de Unidades Básicas Tradicionais (ELIAS et al, 2006); entre outros.

Embora seja perceptível o crescimento dos estudos sobre o PSF, ainda são poucos os que se preocupam em analisar a implementação da “estratégia” e mudanças nas práticas da ESF em direção ao modelo da Vigilância da Saúde. Alguns dos trabalhos publicados que abordam a implantação e mudanças das práticas de saúde na perspectiva do Programa de Saúde da Família são relatos de experiência do programa em municípios brasileiros (CAPISTRANO FILHO, 1999; COSTA, 2000; MARTINI, 2000; MORAES et al, 1998; TEIXEIRA et al, 1999). Por serem relatos de experiência, são importantes do ponto de vista da reconstrução histórica do processo de implantação, pois levantam discussões sobre diferenças regionais e locais e apontam soluções para outros municípios, mas perdem em capacidade analítica.

Durante a revisão bibliográfica² foram encontrados poucas pesquisas, dentro de uma perspectiva mais analítica, que investigam a implementação do PSF e a

¹ Este projeto prevê investimentos para estados e municípios para expansão do Programa de Saúde da Família no que diz respeito a três componentes: apoio à conversão do modelo da atenção básica à saúde; desenvolvimento de recursos humanos; e monitoramento e avaliação. Maiores informações no site www.saude.gov.br/proesf.

² Realizada nas bases do Scielo, da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Banco de Teses da CAPES, no período de 1997-2008, com as palavras-chave: programa de saúde da família; estratégia de saúde da família; PSF; modelos de atenção à saúde; modelos de assistência à saúde; vigilância da saúde; processo de trabalho em saúde e práticas de saúde.

mudança das práticas em saúde nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2000; CONILL, 2002; MEDINA, 2006; SILVA, 2002).

Em estudo publicado no ano de 2000, o Ministério da Saúde realizou um inquérito com 3.119 equipes de 1.219 municípios de 24 estados. Nessa investigação foi encontrada alta adesão a princípios como: definição do território; adscrição das famílias; cadastro; prontuário família e agenda. Foi referida a ampliação do acesso às atividades clínicas de pré-natal, assistência à puérpera, criança, adolescente, adulto, idosos, pequenas cirurgias, coleta de exame papa-nicolau, planejamento familiar, consulta ginecológica, controle de hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, hanseníase, tuberculose e aumento de atividades de vigilância epidemiológica. Os resultados revelam que as principais dificuldades encontradas para operacionalização do Programa de Saúde da Família enquanto estratégia de reorganização da Atenção Básica (AB) foram: formação inadequada dos profissionais; número insuficiente de médicos; falta de recursos financeiros e de entendimento da proposta pelos gestores (BRASIL, 2000).

O PSF é também analisado por Conill (2002), na perspectiva de avaliação de políticas públicas de atenção primária, através do estudo do caso de implantação do programa em Florianópolis. A análise incorporou o âmbito da gestão e das práticas das equipes de saúde da família. As práticas foram analisadas considerando as categorias operativas de acesso e integralidade. A autora encontrou como problemática para a implantação do programa: a questão dos recursos humanos (como recrutamento, capacitação e formação de pessoal adequado, motivação, supervisão e rotatividade); financiamento e aspectos ditos gerenciais e organizacionais (composição - tamanho da equipe; referências para especialidades e apoio diagnóstico; acompanhamento, controle e avaliação e apoio estadual). Quanto às melhorias trazidas pelo programa são citadas: melhoria no acesso para a população não beneficiária de planos de saúde; melhoria na prevenção, com diminuição de internações; nos salários dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos; nas formas de financiamento federal e uma “contaminação positiva” do aparelho formador e do sistema de saúde.

Outro trabalho que se debruça sobre a prática de equipes de saúde da família e que agrega elementos importantes a esses estudos é a dissertação de Silva (2002). Trata-se de um estudo de caso de uma equipe de saúde da família de um município do estado da Bahia, ressaltando que a mudança das práticas de saúde das equipes, no que se refere à natureza das atividades desenvolvidas, é um dos elementos fundamentais na discussão da viabilidade do PSF, enquanto estratégia de mudança de modelo assistencial. O diferencial desse estudo foi analisar as práticas das equipes, incluindo como parte da equipe os Agentes Comunitários de Saúde, e as práticas específicas de cada categoria profissional, categorizadas em atividades de acordo com a sua “natureza” (atividades de promoção da saúde, atividades de prevenção, atividades de assistência à saúde, atividades de reabilitação e atividade de planejamento e de gestão em saúde). Outro aspecto importante deste estudo foi a tentativa de identificar ações de promoção da saúde, o que demonstra preocupação com a questão da ampliação do objeto de intervenção das equipes, fugindo do olhar apenas sobre a prevenção. A autora conclui que apesar dos avanços com relação às práticas do PSF no município estudado (com relação à ampliação das ações de promoção, prevenção e de planejamento), estas ainda são incipientes e tem as suas fragilidades, predominando ações de assistência curativa individual.

Outros aportes para a análise do PSF são encontrados em Medina (2006) que analisa as relações entre o contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes de atenção à saúde, através da avaliação de dois estudos de caso em municípios do Estado da Bahia. A autora discute a aplicação de uma metodologia utilizada para avaliar a implantação da atenção primária na perspectiva da construção de redes de atenção em sistemas municipais de saúde, trabalhando com as dimensões “abordagem populacional comunitária” e “trabalho em equipe”, dentro da perspectiva de mudança trazida pela Vigilância da Saúde. Dentre os resultados desse estudo, pode-se destacar que: a) a implantação do Programa foi capaz de promover, independente de fatores contextuais, a incorporação de procedimentos técnicos relacionados à territorialização, entretanto, a lógica do mapeamento não atendia à característica de inovação organizacional, pois desconsidera o conceito de risco; b) foi evidenciada ausência de ferramentas

conceituais e metodológicas para os profissionais lidarem com a complexidade com que se manifestam os problemas no âmbito da atenção primária.

Com este elenco de produção acadêmica com foco no PSF e na atenção básica, percebe-se uma crescente preocupação de pesquisadores em relação à importância da mudança das práticas das equipes para a mudança de modelo assistencial. Apesar desse crescimento, ainda são poucos os estudos que abordam, ou que tentam analisar as mudanças da prática das equipes, considerando os elementos constitutivos do processo de trabalho – objeto; instrumentos de trabalho; relações estabelecidas e atividades, ou seja: como trabalhar tomando como objeto os problemas de saúde da população (considerando os danos, riscos e os determinantes)? Quais as implicações do recorte desses problemas para a organização das ações?

Nesse sentido, Silva (2002), em seu estudo de caso já referido, apreende em que proporção as atividades de promoção, prevenção, cura, reabilitação e planejamento estão sendo desenvolvidas. Porém, com a metodologia desenvolvida não foi possível localizar os meios de trabalho que os profissionais lançam mão para apreender o objeto de suas práticas, e em que medida a apreensão dos problemas orienta a organização das ações. Já o estudo de Medina (2006), acima mencionado, avança em relação a este aspecto quando tenta perceber se os profissionais estão se apropriando do território e que tecnologias estão sendo utilizadas para isso, a exemplo do mapeamento de áreas de risco, da análise da situação de saúde, entre outros.

O que está posto é que os modelos assistenciais exigidos pelo SUS, para dar conta dos seus princípios finalísticos, requerem práticas de saúde cujo eixo se desloque das ações e serviços que incidem apenas sobre os efeitos dos problemas (doença, incapacidade e morte), para incorporar a promoção e proteção da saúde. Este deslocamento implica tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, organizando-se a atenção de modo a incluir as ações e serviços que incidem sobre as causas (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos grupos (TEIXEIRA, 2006).

Vale destacar, no entanto, que estes pontos foram considerados, há mais de duas décadas, pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e pelo aparato jurídico e normativo do SUS como pontos centrais para propor as mudanças no modelo de atenção á saúde. Apontar a saúde não apenas como ausência de doença, mas relacionada com os meios de vida, implicou em incluir no âmbito da saúde e da assistência outros objetos para além da doença. Contudo, este novo objeto – os problemas de saúde - não tem sido trabalhado, rotineiramente, pelo setor saúde. São problemas complexos dado o seu caráter não estruturado. Tal situação parece se constituir num dos nós críticos para a mudança da prática dos profissionais – como delimitar este novo objeto? Que instrumentos têm os trabalhadores de saúde para lidar com ele? São questões ainda pouco contempladas pela investigação científica.

Assim, é preciso considerar o caráter estratégico de tomar os problemas de saúde e seus determinantes como objeto das práticas para a mudança do modelo assistencial. Isto porque, adequar os serviços às necessidades de saúde, pode viabilizar a integralidade da atenção e a equidade. Essa adequação passa, necessariamente, pela delimitação dos problemas de saúde da população, considerando aqui que as questões relacionadas ao processo saúde-doença vão além da compreensão biológica da doença, na perspectiva da compreensão da doença e da saúde enquanto acontecimentos determinados socialmente.

Esta problemática leva as questões centrais deste estudo: **qual tem sido o objeto da prática de equipes de saúde da família? Como e quais instrumentos são utilizados pela equipe do PSF para delimitar/apreender e transformar o objeto de intervenção?**

Tendo como referência a revisão bibliográfica efetuada, associada à experiência docente da autora no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde da Família ³, o presente estudo apresenta as seguintes hipóteses:

³ Durante os anos de 2005 e 2006 a autora participou como docente e supervisora do processo de trabalho de residentes no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). O objetivo principal desta Residência é qualificar profissionais de saúde para execução e coordenação de práticas integrais, dentro da estratégia de saúde da

1) as Equipes de Saúde da Família não estão tomando como objeto de suas práticas os problemas de saúde da população, tal como definidos na proposta da Vigilância da Saúde e na Estratégia de Saúde da Família - danos, riscos e determinantes relacionados ao processo saúde-doença;

2) as equipes apresentam avanços em relação a apreensão dos problemas e aos instrumentos utilizados para sua apreensão, na direção de superar o modelo biologicista.

Este estudo tem como objetivo geral analisar as práticas de saúde de Equipes de Saúde da Família, segundo o modo tecnológico da Vigilância da Saúde, e como objetivos específicos:

- identificar o (s) objeto (s) de intervenção das Equipes de Saúde da Família (ESF);
- descrever as características dos objetos apreendidos pela ESF;
- verificar se objetos apreendidos orientam a organização das ações da ESF;
- identificar quais instrumentos estão sendo utilizados pela equipe para apreender o objeto da prática;
- analisar as atividades desenvolvidas pela ESF e sua possível correspondência com o modo tecnológico da Vigilância da Saúde.

2 ELEMENTOS TEÓRICOS

Neste estudo o conceito de prática de saúde, enquanto processo de trabalho, será compreendido a partir das contribuições teóricas trazidas por Donnangelo (1979) com sua discussão sobre as relações entre a prática médica e a estrutura social, e as contribuições de Mendes-Gonçalves (1994) sobre os elementos do processo de trabalho em saúde, sobre a tecnologia, também relacionados com a estrutura social. Estes dois autores trabalham dentro da perspectiva teórica marxista, que privilegia a relação entre saúde e estrutura social. Parte-se da

família. Os docentes desta Residência tem o papel de articular as questões teóricas com a vivência prática dos alunos. O supervisor de processo deve acompanhar e apontar caminhos, no esforço dos residentes de incorporação de novas teorias, e operacionalização de diretrizes e ferramentas do PSF (COSTA e SAMPAIO, 2006). Esta experiência proporcionou à autora do presente estudo elementos de reflexão sobre a prática das equipes de saúde da família, que possibilitaram pensar as hipóteses de investigação.

compreensão da prática de saúde enquanto uma prática socialmente determinada, considerando os aspectos políticos, ideológicos e econômicos.

Na primeira parte deste capítulo serão explorados o conceito de prática de saúde enquanto prática social e a compreensão dos seus elementos. Num segundo momento a Vigilância da Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, foco do presente estudo, serão relacionadas às teorias e conceitos trabalhados.

2.1 PRÁTICA DE SAÚDE E ESTRUTURA SOCIAL

Donnangelo (1979) procurou analisar a medicina enquanto prática social, estabelecendo relações da prática médica com a estrutura histórica e social em que ela de fato existe. Ou seja, procurou estabelecer relações entre a prática médica com a estrutura das sociedades concretas onde elas se dão. Para este trabalho a autora toma como referência a estrutura social que se constrói a partir do modo de produção capitalista e sua relação com a prática médica.

No capítulo II do seu livro, Donnangelo (1979) discute o “fenômeno” de medicalização da sociedade, a partir do qual compreende a relação entre prática médica e estrutura social. Para a autora, a medicalização seria o processo pelo qual a prática médica se estende na sociedade através da expansão da produção de serviços, bem como a generalização do consumo por contingentes sempre mais amplos da população. Essa extensão da prática médica é considerada enquanto ampliação quantitativa dos serviços com incorporação crescente das populações ao cuidado médico, e enquanto ampliação do campo da normatividade da medicina. O que a autora mostra, ao se referir à medicalização da sociedade, é exatamente a forte articulação que a prática médica tem com as estruturas econômica e político-ideológica, e como através dessas estruturas, ajuda a manter o *status quo*, sustentando o modo de produção capitalista. O cuidado médico se generaliza como resposta às necessidades de reprodução da força de trabalho (do ponto de vista

econômico) e como necessidade de normatização de comportamentos para manutenção do antagonismo de classe (do ponto de vista político ideológico).

Os elementos que Donnângelo (1979) apresenta permitem a compreensão da prática de saúde enquanto uma prática socialmente determinada, considerando os aspectos políticos, ideológicos e econômicos. O modo como estas práticas são organizadas responde a essa estrutura. É a partir dessa compreensão que o conceito de prática de saúde enquanto prática social será tomado no presente estudo.

A medicina, que em uma primeira aproximação pode ser encarada como prática técnica, isto é, como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos, para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos – o corpo, o meio físico – responde, enquanto tal, a exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizada das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui. Tais exigências regulam não apenas a presença da própria prática, mais participam também do dimensionamento do objeto ao qual se aplica, dos meios de trabalho que ela opera, da forma e destinação de seus produtos (Donnângelo, 1979, p.15).

Neste parágrafo a autora deixa claro que as exigências da estrutura social, do modo de produção, não definem apenas a forma e a presença da prática, mas também influenciam no dimensionamento do objeto o qual se dirige essa prática, e os meios de trabalho que são operados pelo agente da mesma para intervir nesse objeto.

Mendes-Gonçalves (1994), do mesmo modo, considera a prática de saúde enquanto uma prática social. Pontua que essa prática também deve ser compreendida enquanto trabalho. Essa prática para ele é trabalho porque visa à obtenção de determinados efeitos, busca alterar, transformar um estado de coisas estabelecido como “carecimento”. Os elementos dessa prática como processo de trabalho são: **o objeto** a que se dirige uma determinada atividade com a intenção de apreendê-lo e modificá-lo em função de uma determinada **finalidade**; os **instrumentos** de trabalho, ou os meios materiais e não materiais que são utilizados para a apreensão e manipulação deste objeto; e a **atividade em si, o trabalho propriamente dito**, realizada por um ou uns **agentes**; não esquecendo de elementos fundamentais para a compreensão e determinação desse processo que são **as relações técnicas e sociais** (MENDES-GONÇALVES, 1994).

2.1.1 Objeto das Práticas

Identificando os elementos do processo de trabalho/prática, faz-se necessário reforçar o que esses dois autores pontuam: se consideramos a prática de saúde enquanto prática construída socialmente deve-se compreender que os seus elementos constituintes também o são. Para a presente investigação esse aspecto é muito importante, pois compreender o objeto das práticas da saúde como objeto social, pode mudar radicalmente a forma de se pensar e se fazer saúde.

Historicamente a prática médica e as práticas de saúde têm considerado enquanto objeto privilegiado das suas intervenções a doença no corpo humano. Este corpo doente é concebido e constituído pelo conjunto de constantes morfológicas e funcionais definidas a partir da ciência da anatomia e fisiologia. Esta postura estaria destituindo o objeto da saúde do seu caráter social, tornando-se um corpo-objeto-coisa. Essa “coisa” pode ser manipulada a partir daquilo que a define, os aspectos fisiológicos e biológicos (MENDES-GONÇALVES,1994). Esta postura é seriamente contestada por Mendes-Gonçalves, a partir da discussão sobre o normal e o patológico, para desconstruir a neutralidade da prática médica e do seu objeto.

O autor ressalta que a realidade a que dizem respeito as noções de normal e patológico, antes de sua sistematização na fisiologia e na patologia, se constituem como “modos de andar a vida”. São esses modos de andar a vida que normatizam o estar doente e o estar saudável. O corpo tem outras ordens de determinação que não a anátomo-fisiológica. A normatividade é “extra biológica” (MENDES-GONÇALVES,1994). Dessa forma, o objeto da prática médica, como ele é pensado hegemonicamente, como coisa biológica e “natural”, se revelaria como algo ingênuo e limitado.

Donnangelo (1979) também defende essa perspectiva trabalhando-a a partir do conceito de “normatividade social”, explicado da seguinte forma:

Na medida em que a multiplicidade das determinações que marcam o corpo dizem respeito à forma pela qual o homem se relaciona com o meio físico e com os outros homens, e ainda às formas assumidas historicamente por essas relações, o corpo anátomo-fisiológico aparece como um corpo investido socialmente (Donnangelo, 1979, p.25).

E é essa normatividade que a autora toma como referência para a compreensão do objeto da prática em saúde, dentro de uma forma de organização social, no caso, o modo de produção capitalista. O corpo, dentro desta estrutura, é disposto enquanto agente de trabalho (quantidade de corpos socialmente necessários para utilização para a produção).

Está colocada dessa forma a noção de normatividade social, que define o processo saúde-doença para além dos aspectos biológicos, incorporando os aspectos econômicos, culturais, ideológicos. Após considerar a noção de corpo, Mendes-Gonçalves (1979) chega ao conceito de “necessidades sociais” como objeto da prática de saúde. Necessidades estas vinculadas às classes sociais.

A discussão sobre o objeto da prática de saúde e sua relação com a estrutura social, está relacionada com a discussão da identificação de um novo objeto para as práticas de saúde. Essa reflexão já se encontra incorporada no discurso da Reforma Sanitária Brasileira, no Modelo da Vigilância da Saúde e na Estratégia de Saúde da Família. Considerar o objeto da prática de saúde de maneira ampliada é, exatamente, considerar a determinação social do processo saúde-doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). O objeto da prática da saúde não é apenas um corpo biológico, que obedece às regras da fisio-patologia, neutro, que existe fora de um contexto social, mas um conjunto de necessidades historicamente definidas e socialmente produzidas.

Para Montero (1997), o estar doente ou estar saudável são fenômenos sociais por excelência que extrapolam o campo da biofisiologia. Estes fenômenos se inserem e se constroem no campo das representações simbólicas com influência da cultura, da organização social, dos interesses econômicos entre outros, são historicamente determinados.

2.1.2 Meios de Trabalho

Assim como o objeto da prática de saúde será compreendido como um objeto que é construído socialmente, os instrumentos do trabalho também serão. Tomando aqui a definição já exposta anteriormente de instrumentos de trabalho tem-se que: os **instrumentos** de trabalho, a **tecnologia**, são os meios materiais e não materiais utilizados para a apreensão e manipulação do objeto. O componente não-material dos instrumentos são os saberes, como a Clínica e a Epidemiologia, que orientam e fundamentam a apreensão do objeto e a sua manipulação para transformação (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Para a melhor compreensão dessa relação instrumentos-apreensão-manipulação do objeto das práticas de saúde, Mendes-Gonçalves (1994) discute o conceito de tecnologia. Este autor faz uma crítica à concepção restrita do conceito de tecnologia, pontuando que:

A esfera produtiva dos serviços de saúde tem como uma das suas principais características o fato de ser compreendida como profundamente ancorada na ciência, e, por extensão, como privilegiadamente configurada nos seus instrumentos de trabalho materiais (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.55).

Este fato para o autor:

[...] não autoriza a desvinculação dos instrumentos materiais dos sistemas de nexos técnicos mais inclusivos estabelecidos no processo de trabalho, e que superam tanto por seu sentido interno (ao trabalho) quanto por suas articulações externas (na sociedade), a mera materialização de conhecimentos científicos (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.56).

O que se percebe é a redução da prática de saúde à prática técnica (técnica científica), associada ao revestimento ideológico da medicina e da saúde, como algo que existe fora do processo de determinação social.

Considerando esta crítica, o autor toma como conceito de tecnologia:

[...]conjunto de saberes e instrumentos que expressa nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.32).

Aqui ele claramente reveste a tecnologia, os meios de trabalho, ou instrumentos da prática da saúde de seu caráter social. A tecnologia é também o saber, a racionalidade, a lógica que orienta a prática, ou a organização da prática.

A primeira função do saber do trabalho diz respeito à apreensão do objeto de trabalho, este saber informa e orienta a apreensão do objeto do trabalho. Segundo o autor na verdade este saber não orienta a apreensão do objeto e sim o constrói para apreensão no processo de trabalho. E este saber não só informa e orienta a apreensão/produção deste objeto, mas também informa e orienta a forma como ele vai ser manipulado e transformado.

Para o autor a forma de apreensão (o saber no trabalho) do objeto que a medicina elaborou corresponde à delimitação das características biológicas, anátomo-fisiológicas do corpo, excluindo e desqualificando todos os outros aspectos (sociais, culturais, etc) que participam da conformação deste corpo enquanto corpo social, e do processo saúde-doença.

A apreensão do objeto expressa a sua virtual manipulação transformadora; a manipulação transformadora só poderá dar-se sobre um objeto apreendido adequadamente, coerentemente com ela. Todas as considerações feitas valem, portanto, mediatizadas, para os momentos ulteriores do processo de trabalho, e para os meios materiais e não-materiais envolvidos nesses outros momentos” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.65)

2.1.3 Relações Técnicas e Sociais

Ao tomar a prática de saúde (enquanto prática social) e os seus elementos constituintes como eixo central desta investigação, faz-se necessário tecer algumas considerações teóricas sobre um elemento fundamental para a compreensão desse processo, que são as relações técnicas e sociais estabelecidas entre os agentes dessa prática e entre os agentes e o seu objeto de trabalho.

As intervenções em saúde acontecem através do trabalho humano (trabalho este impregnado de valores, comportamentos, etc), permeado por relações técnicas

e sociais estabelecidas entre os agentes da prática e entre os agentes e o seu objeto. Na medida em que são sociais incluem aspectos econômicos (salários, honorários), políticos (diferenças de poder, subordinação entre as categorias dos agentes, etc) e ideológicos (domínio de um saber sobre outro). Isso quer dizer que as relações técnicas e sociais articulam-se com processos mais amplos da sociedade (PAIM, 1993).

Para Mendes-Gonçalves (1979) a divisão técnica e social do trabalho é inerente aos diversos modos de produção da sociedade e reflete a divisão de classes sociais. No modo de produção capitalista há um parcelamento do trabalho em operações que são executadas por diferentes trabalhadores (divisão técnica) de diferentes classes sociais (divisão social).

Compreender as práticas de saúde, enquanto processo socialmente determinado, implica entender que a interação entre os elementos constituintes dessa prática, e a forma como são produzidos, organizados e distribuídos, com a finalidade de atenderem a necessidades de saúde, estão subordinados as determinações econômicas, políticas e ideológicas da estrutura social. Contudo, se essas práticas são sociais, e estão integradas a estrutura social, são capazes de influir sobre a totalidade social. Ou seja, relativiza-se por um lado a autonomia da prática, à medida que se subordina a uma estrutura social, e por outro lado questiona-se a sua dependência, trazendo a reflexão do seu potencial de mudar, de influenciar a totalidade social (PAIM, 1993).

2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRÁTICA DE SAÚDE

De acordo com Paim (2006), a construção teórica sobre práticas de saúde enquanto prática social, trazida inicialmente por Donnangelo e Mendes-Gonçalves, possibilita pensar a especificidade das práticas de saúde coletiva nos seus elementos constituintes: o agente; o objeto; os meios de trabalho, o trabalho, propriamente dito, as relações técnicas e sociais. Ressalta-se que o agente/sujeito

dessa prática, apesar de ser um elemento da prática, de fato, está presente e deve ser considerado em todos os momentos do processo de trabalho.

A discussão sobre o objeto das práticas adquire lugar central quando se está falando de mudança de práticas e mudança de modelo de atenção. É a partir da concepção que se têm do processo saúde-doença, da maneira como se compreende a sua determinação (biológica, social), que são pensadas e organizadas práticas de saúde, serviços de saúde. De uma maneira bem simplificada: se a compreensão é da doença enquanto algo ocasionado por alguma disfunção biológica, anátomo-fisiológica, a intervenção se dirige apenas para essas dimensões; porém se compreendemos o processo saúde-doença como socialmente determinado, para intervir nesse objeto, a partir dessa concepção ampliadora e complexa, se faz necessário repensar atividades e instrumentos.

Os profissionais de saúde, de uma maneira geral, na sua prática, se orientam por categorias nosológicas e pelo conhecimento técnico-científico (biomédico). Estas são, segundo Schraiber (1993), formas capazes de naturalizar o objeto social que é o processo saúde/doença, apagando as diferenças relativas às diversas situações de constituir-se doente no conjunto da sociedade.

A proposta da Vigilância da Saúde e da Estratégia de Saúde da Família têm, nessa compreensão do processo saúde-doença, a base para organizar os seus princípios e diretrizes, assim como as tecnologias e instrumentos de trabalho.

Um esquema gráfico do quadro teórico (Figura 1) foi construído na tentativa de elaborar e analisar um determinado recorte da realidade. Este modelo foi inspirado nas contribuições de Donnangelo (1979) e Mendes-Gonçalves (1994), que conformam o quadro teórico da presente investigação. Vale ressaltar que na presente pesquisa toma-se como foco a prática/processo de trabalho em saúde, ou seja, apenas um dos componentes do modelo apresentado.

Compreende-se que a estrutura econômica (relações de produção, forças produtivas) determina a organização da sociedade e influencia a conformação da superestrutura político-jurídica e ideológica. Nesse sentido, as políticas públicas

elaboradas para dar respostas às necessidades sociais, incluindo aí as políticas de saúde, sofrem determinação dessa superestrutura.

Partindo dessa compreensão, e reportando ao campo da saúde, pode-se dizer que as formas históricas de organização dos modos tecnológicos de intervenção e das práticas de saúde e os seus elementos, encontram-se determinadas pela maneira como os serviços são produzidos e organizados, refletindo, em última análise, o modo de produção econômica da sociedade. Contudo, parte-se do pressuposto de que as práticas de saúde, as relações técnicas e sociais estabelecidas entre os agentes dessa prática, também são capazes de produzir mudanças nos modelos de atenção à saúde e nas políticas públicas estabelecidas pela práxis dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

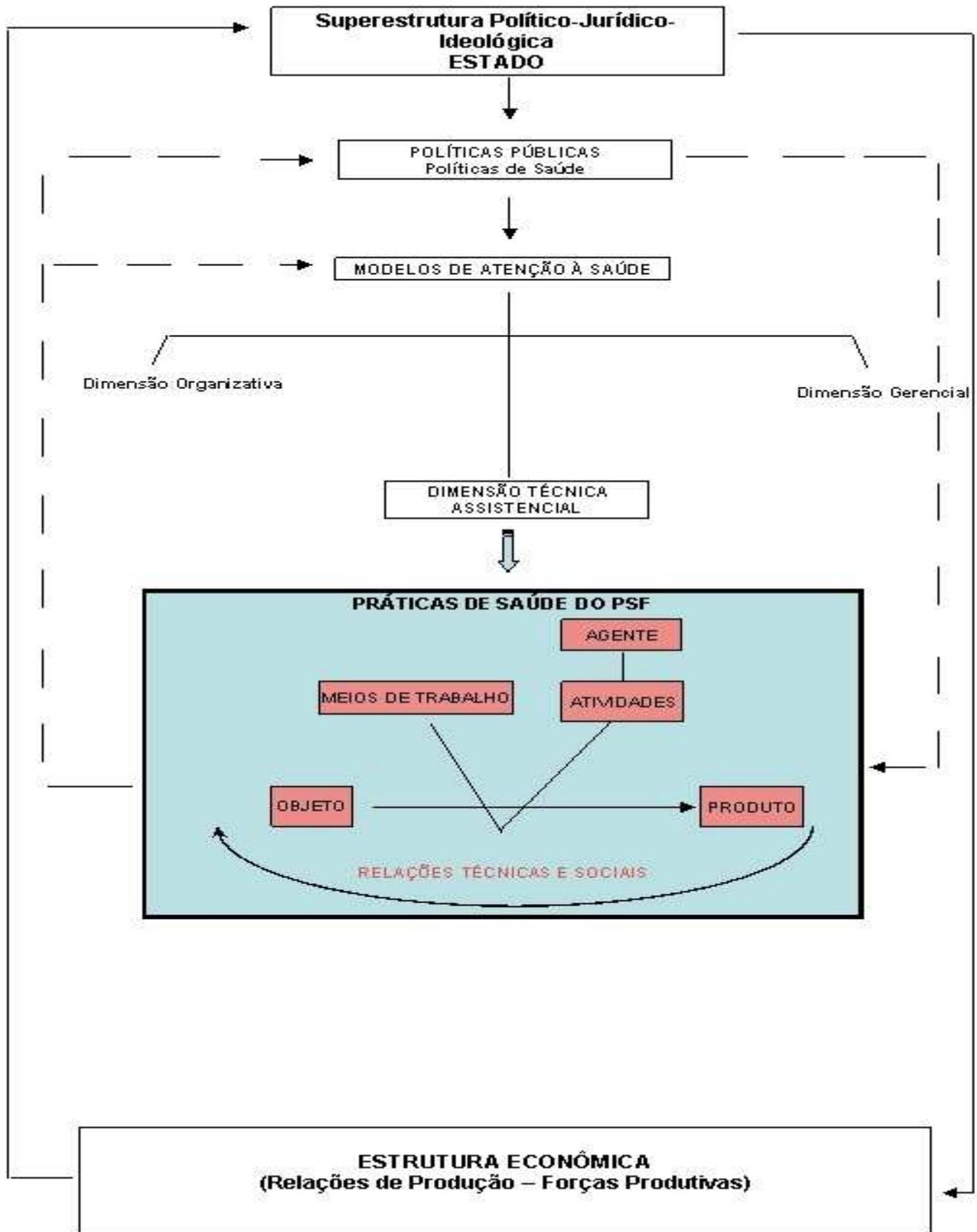


Figura 1 – Esquema do Quadro Teórico

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O desenho da presente pesquisa consiste em estudo de caso, tendo como unidade de análise duas equipes de saúde da família, sendo uma da zona urbana e outra da zona rural, de um município da região metropolitana de Salvador-Ba. A escolha desta estratégia de pesquisa deveu-se à possibilidade de aprofundamento, onde os detalhes dos processos, os elementos imprevistos são melhor conhecidos. A despeito de ter como crítica a incapacidade de generalização pode-se argumentar que, um dado caso, pode ser considerado típico de um conjunto mais amplo, do qual se torna representante (LAVILLE e DIONNE, 1999).

Os casos estudados foram escolhidos pela pesquisadora em conjunto com a equipe de coordenadores do PACS/PSF do Departamento da Atenção Básica do referido município. Para a escolha dos casos foram adotados os seguintes critérios:

- equipes consideradas como de bom desempenho pela gestão municipal da atenção básica. Esta investigação compreende como de “bom desempenho” a qualidade das equipes em incorporarem nas suas práticas de saúde a lógica do PSF, de acordo com a gestão municipal;
- disponibilidade da equipe em participar da pesquisa;
- equipe mínima completa (médico, enfermeiro, odontólogo, agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar de consultório dentário e técnico de enfermagem);

Outro critério que havia sido listado foi o da equipe estar trabalhando junto há pelo menos dois anos, porém foi descartado em função da alta rotatividade dos profissionais do PSF.

A decisão de investigar duas equipes, sendo uma da zona urbana e outra da zona rural, foi tomada considerando que poderiam existir diferenças na organização do trabalho e nas atividades desenvolvidas em relação às respectivas comunidades.

A opção de investigar o processo de trabalho de equipes de saúde da família de bom desempenho se deu pelo interesse de investigar situações mais próximas a proposta da estratégia, considerando que equipes que não tenham incorporado

minimamente a lógica das práticas do PSF, de antemão não poderiam responder aos propósitos do estudo. Mesmo que essas equipes não sejam representativas do conjunto do PSF, isto não prejudica os objetivos e hipóteses do estudo. Se assim mesmo essas equipes consideradas de “bom desempenho” não realizarem as propostas do PSF/VISAU não seria ilógico inferir que a situação das demais equipes poderia estar ainda mais distante das normas estabelecidas.

3.1 LOCUS DO ESTUDO

Foi tomado como locus da pesquisa um município da Região Metropolitana de Salvador-Ba, que dista menos de 50 km da capital. Possui uma população de mais de duzentos mil habitantes, com mais de 90% da sua população vivendo em área urbana (BRASIL, 2007). Segundo dados do censo de 2000 do IBGE, o município possui uma taxa de analfabetismo de 25,5%, renda per capita de R\$ 163,20 e expectativa de vida de 67,5 anos. A proporção de moradores com abastecimento de água pela rede geral é de 89,5%, e a proporção de moradores por tipo de instalação sanitária, considerando a rede geral de esgoto ou pluvial é de 40,8% (BRASIL, 2009).

De acordo com os dados do SIM/2005, a mortalidade proporcional por grupos de causas do município, considerando os três primeiros lugares, é de: doenças do aparelho circulatório (25%); causas externas (22,4%); e neoplasias (10,5%) (BRASIL, 2009).

O município foi um dos primeiros do estado da Bahia a iniciar a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no ano de 1992, e do Programa de Saúde da Família, em 1996. Desde o ano de 1998, o município encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal.

Até o final de 2007 o município possuía uma rede de saúde hierarquizada composta por 69 unidades assim distribuídas: a) Rede Básica – 24 unidades de

saúde da família que abrigam 30 Equipes de Saúde da Família, 09 Unidades Básicas, 01 consultório odontológico e 01 Unidade de Saúde do Escolar; b) Rede de Media e Alta Complexidade – 01 policlínica com vinte e três especialidades, 01 unidade de atendimento em DST/Aids, 01 Centro de Assistência Psicossocial (CAPS I), 01 Unidade de Atendimento Pré-hospitalar de Atenção as Urgências (SAMU 192), 05 Unidades de Pronto Atendimento, 01 Central de Regulação, 01 Unidade de Vigilância Sanitária, 01 Unidade de Saúde do Trabalhador, 01 Unidade Hospitalar e 21 prestadores de serviços ao SUS contratados no município. O percentual de cobertura do PACS/PSF no final ano de 2006 era de 63% (29,8% PACS e 33,2% PSF) (BRASIL, 2009).

O critério para escolha do município foi o tempo de implementação da estratégia de saúde da família (mais de 10 anos, sendo um dos primeiros municípios do estado a implantar a proposta).

3.2 DIMENSÕES ANALÍTICAS, CRITÉRIOS, INDICADORES E FONTES DE VERIFICAÇÃO

A partir dos elementos teóricos que orientam esta pesquisa, e considerando os seus objetivos e hipóteses, foram selecionadas as seguintes dimensões analíticas das práticas de saúde: **objeto; atividades; meios/instrumentos de trabalho e relações técnicas e sociais.**

As dimensões analíticas, os critérios e indicadores, com suas respectivas fontes de verificação, que compõem a matriz de análise (APÊNDICE A), foram definidas tomando como referência os seguintes estudos:

- elementos da teoria do processo de trabalho de Donnangelo (1979) e Mendes-Gonçalves (1979, 1994), abordados em capítulo anterior;
- os critérios e indicadores de cada dimensão construídos a partir de princípios e diretrizes da Vigilância da Saúde (PAIM, 2003b) e da Estratégia de Saúde da Família (AQUINO, 2003), vistos anteriormente, e as atribuições gerais das equipes

de saúde da família de acordo com a portaria nº 648 de 28 de março de 2006.⁴. Foram considerados, também, alguns estudos que tomaram a Vigilância da Saúde e/ou a prática de saúde das ESF como preocupação, como os trabalhos de Vilasbôas (1998), Silva (2002) e Medina (2006).

Os conceitos e atributos das dimensões analíticas que orientaram a ida ao empírico, desde a construção do instrumento de coleta de dados até a análise das evidências, serão apresentados a seguir:

a) OBJETO

Foi assumido enquanto objeto do trabalho, os problemas de saúde identificados e trabalhados pelas ESF, analisados de acordo com a sua natureza, ou seja, se eram problemas que diziam respeito a danos a saúde (doenças e agravos), a riscos e a determinantes (APÊNDICE A). Compreende-se por problema de saúde qualquer acontecimento considerado fora dos padrões de normalidade para quem esta analisando uma determinada situação. Pode ser uma doença, um agravo, uma insuficiência de recursos, ausência de algum serviço de saúde, desemprego (TEIXEIRA, 2001). Como pontuado no capítulo dos elementos teóricos, o objeto da prática de saúde é compreendido de maneira ampliada. Isso implica considerar a sua determinação social. O objeto da prática da saúde não é apenas a doença no corpo, mas um conjunto de necessidades historicamente definidas e socialmente

⁴ Esta portaria estabelece as atribuições gerais da ESF (comuns a todos os profissionais) que são: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, priorizando as situações a serem acompanhadas; realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, domicílio e nos demais espaços comunitários; realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância da saúde; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos de importância local; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento de vínculo; responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação; participar das atividades de educação permanente.

produzidas. Ou seja, um objeto social, relacionado com as estruturas econômicas e político-ideológicas de uma sociedade.

Entende-se, para efeitos dessa investigação, que os problemas de saúde podem estar relacionados a determinantes sociais, a riscos e a danos. Os problemas relacionados às causas ou determinantes são aqueles que dizem respeito às determinações sócio-ambientais, as condições de vida e de trabalho da população. Problemas relacionados a riscos se referem à exposição por meio da qual um agente influiria sobre o indivíduo ou a população. Os riscos podem ser reais (presentes) ou potenciais (futuros), dessa forma podem ser identificados fatores, condições, situações e áreas de risco. Epidemiologicamente a noção de risco implica a idéia de probabilidade. Problemas relacionados a danos referem-se aos casos suspeitos, passando pelos casos assintomáticos, até os casos já detectados (PAIM, 2003b).

b) ATIVIDADES

Nessa dimensão estão contempladas as ações que a ESF deve estar desenvolvendo de acordo com o modelo da Vigilância da Saúde e diretrizes da estratégia de saúde da família (territorialização, análise da situação de saúde; planejamento); e as atividades finalísticas, categorizadas de acordo com a sua natureza (promoção a saúde, prevenção, controle de danos) e lógica de organização das ações, discriminadas a seguir:

-Territorialização

O conceito de território é de fundamental importância para o entendimento do processo de **territorialização**. A concepção de território não se reduz a uma superfície-solo e as suas características geofísicas, é também um território econômico, epidemiológico, político e cultural (MENDES et al, 1993). A apropriação desse território, considerando todos os seus aspectos, permite a compreensão da realidade de saúde enquanto realidade determinada pela dinâmica das relações sociais, políticas e econômicas, e a elaboração de ações eficazes em função dessa realidade (AQUINO, 2003). Os passos para a territorialização incluem a definição da

área de abrangência da equipe com a delimitação das microáreas, levando em consideração, para a sua definição, a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária, adscrição da clientela com o cadastramento das famílias, e elaboração do mapa da área (mapa estático e dinâmico), sem esquecer a participação da comunidade nesse processo (AQUINO, 2003; MENDES et al, 1993). Essas compreensões foram tomadas como referência para o trabalho de campo e análise dos dados, com o intuito de explorar como o processo de territorialização acontece na prática (APÊNDICE B).

- Análise da situação de saúde

A análise da situação de saúde se encontra estreitamente interligada ao processo de apropriação do território, tem como principal finalidade a construção da análise das condições de vida e saúde da população adscrita à unidade de saúde da família, com o objetivo de identificar necessidades sociais de saúde e determinar prioridades de ação. Deve considerar dados demográficos, sócio-econômicos, epidemiológicos e sanitários, além de aspectos culturais, valores e história da população (AQUINO, 2003). Os sistemas de informação em saúde (SIS) são ferramentas importantes para o conhecimento sobre a situação de saúde de uma determinada população (MOTA e CARVALHO, 2003). As ESF podem estar utilizando diversos SIS como o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN (MOTA e CARVALHO, 2003). Nessa perspectiva tentou-se explorar como vêm sendo feita esta análise pelas equipes e que ferramentas utilizam para tanto (APÊNDICE B).

- Planejamento

Compreendido, aqui, de acordo com o enfoque estratégico situacional, como o cálculo que precede e preside a ação (MATUS, 1993). Como uma prática social, que não se resume a uma simples técnica, mas que envolve sujeitos dotados de vontade política (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2003). Alguns elementos deste enfoque são: a identificação do planejador enquanto ator social que faz parte do sistema; a aceitação da existência de mais de uma explicação da realidade, que varia de acordo com o ator social; o reconhecimento do conflito; a existência de sistemas sociais históricos, complexos e não bem definidos (NUNES, 2003). A finalidade do planejamento, quando desenvolvido sob a lógica do modelo assistencial da

Vigilância da Saúde, é focalizar problemas/necessidades de saúde identificados em territórios delimitados e desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, de maneira articulada intra e intersetorial para a resolução desses problemas (NUNES, 2003). Enquanto prática de planejamento, algumas orientações metodológicas são referências para as ESF, como a realização de oficinas de planejamento com a comunidade para a identificação, seleção e priorização dos problemas de saúde a serem trabalhados, a partir dos quais serão elaborados objetivos, seguidos das ações para o alcance desses objetivos, e da programação operativa, com as atividades, prazos e responsáveis. Ainda faz parte do planejamento e programação a avaliação e acompanhamento contínuo, que acontece através da utilização de indicadores para medir o grau de cumprimento das ações. Todo esse processo ocorre com a ajuda de instrumentos, que, no caso, são planilhas específicas para cada momento do planejamento (planilha de priorização dos problemas, planilha para explicação dos problemas, para a análise de viabilidade, programação operativa e de indicadores de acompanhamento e avaliação) (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2003). A análise desta atividade se deu na perspectiva de explorar como as ESF estudadas estavam incorporando o planejamento, que compreensão tinham dessa prática e qual a proximidade do que realizam com a teoria e diretrizes operacionais do programa (APÊNDICE B).

- Atividades de Promoção a Saúde (Controle de causas)

Para a finalidade desta pesquisa, estão sendo consideradas atividades de promoção as intervenções que envolvem estratégias de controle das causas (determinantes estruturais e sócio-ambientais). As intervenções de promoção constituem-se estratégias que extrapolam as possibilidades e atribuições do setor saúde, exigindo esforços de articulação intersetorial (PAIM, 2003b). Para este estudo foram selecionadas atividades que fazem parte das orientações operacionais da estratégia de saúde da família, como atividades dirigidas às condições e estilos de vida (alimentação saudável, ambientes saudáveis, atividades físicas), ações em parceria com a sociedade civil e outras organizações governamentais, entre outras (APÊNDICE B).

- Atividades de Proteção e Prevenção (Controle de riscos)

São consideradas as intervenções que envolvem estratégias de controle de riscos e indícios de risco, sejam as de prevenção específica (a exemplo da imunização), as de proteção à saúde (vigilância epidemiológica e sanitária) e também as ações educativas direcionadas para grupos de risco, entre outras (APÊNDICE B).

- Atividades de Diagnóstico e Tratamento (Controle de danos)

Para essa investigação, foram selecionadas as atividades de controle de danos voltadas para o diagnóstico de agravos, o tratamento e o acompanhamento dos casos (APÊNDICE B).

- Lógica de Organização das Ações

A Vigilância da Saúde indica o desenvolvimento de ações organizadas a partir de problemas concretos, em territórios determinados, numa perspectiva intersetorial (lógica das necessidades de saúde). A intenção é superar o modo tradicional de organização das ações a partir, exclusivamente, de programas verticais e da demanda espontânea (PAIM, 2003b; VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2003). O presente estudo procurou compreender a lógica que as equipes se orientavam para organizar as suas ações.

c) INSTRUMENTOS/MEIOS DE TRABALHO

Nesta categoria foram considerados alguns dos instrumentos utilizados para realização das atividades expostas anteriormente, que, para efeitos desse estudo foram: o mapa do território e suas características; o cadastramento das famílias para a adscrição da clientela; o planejamento (planilhas, cronograma) e os sistemas de informação em saúde (SIAB, SINAN, SIM, etc).

d) RELAÇÕES TÉCNICAS E SOCIAIS

Esta dimensão está relacionada às relações de trabalho (técnicas e sociais) estabelecidas entre os membros da equipe, levando em consideração os aspectos

pontuados nos elementos teóricos. Para efeito desta pesquisa, foram selecionados como critérios desta dimensão as relações de hierarquia, o processo de tomada de decisão e as relações interpessoais.

3.3 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Com o propósito de responder às questões de investigação, as estratégias para a coleta dos dados selecionadas foram as seguintes: entrevistas com informantes-chave (gravadas) e observação não participante.

Optou-se por desenvolver um instrumento único de coleta de dados que mesclasse um roteiro de entrevista semi-estruturada e questionário. O roteiro de entrevista semi-estruturada foi construído para as dimensões objeto, ações (territorialização, análise da situação de saúde e planejamento), instrumentos de trabalho e relações técnicas e sociais. O questionário dizia respeito à dimensão atividades finalísticas (ações de promoção, prevenção e controle de danos), e teve o propósito de identificar a presença e a frequência com que são realizadas as atividades de acordo com a sua “natureza” (promoção, prevenção e controle de danos) (APÊNDICE B).

O instrumento foi elaborado partindo das dimensões, critérios e indicadores construídos na matriz de análise (APÊNDICE A), também a partir de revisões de instrumentos trabalhados em pesquisas que tomaram o PSF e a sua prática como tema e a partir de avaliações normativas e documentos técnicos de avaliação da Estratégia de Saúde da Família proporcionadas pelo Ministério da Saúde (SILVA, 2002; BRASIL, 2005; BRASIL, 2004; MACINKO, 2006; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c; MEDINA, 2006). Este instrumento possui, ainda, uma folha de rosto para ser preenchida com informações para identificação, pela pesquisadora, do entrevistado, caracterização da equipe (composição da equipe, tempo de implantação, etc) e da unidade.

Ressalta-se que o instrumento, no que diz respeito ao critério “natureza” das atividades desenvolvidas (a parte do questionário), não possui o mesmo número de atividades para cada “natureza”. Existe um número significativamente maior de atividade de controle de danos, seguido de atividades e prevenção e depois promoção. Essa diferença deve-se ao fato das tecnologias de controle de danos (diagnóstico e tratamento) estarem incorporados, em maior proporção, nos documentos e portarias que orientam a organização e trabalho da estratégia de saúde da família.

Ainda em relação ao instrumento, foi realizado um pré-teste com o objetivo de verificar possíveis vieses e inconsistências, e, ainda, observar a adequação do mesmo para ser aplicado em todos os profissionais de saúde da ESF. Este pré-teste aconteceu no município de Salvador, em uma Unidade de Saúde da Família do distrito sanitário do Subúrbio Ferroviário, embora restrito a uma enfermeira e um ACS. No período em que o teste foi realizado, o município de Salvador passava por um momento crítico da gestão da saúde, uma crise política, quando aconteceram várias mudanças de secretários de saúde em um curto período de tempo, além de problemas com pagamento dos profissionais. Isso tudo resultou em períodos de greve dos profissionais de saúde da família. As entrevistas do estudo piloto aconteceram em maio de 2008, período que os profissionais estavam fazendo rodízio de atendimento. A estratégia de pesquisa adotada para lidar com essa questão foi começar a coleta de dados em uma das equipes selecionadas no município escolhido para o estudo, e, se fossem observadas incongruências e dificuldades para aplicação, que gerassem necessidade de modificações no instrumento, as entrevistas, nesta primeira equipe, seriam consideradas piloto, e uma terceira equipe seria selecionada para a coleta de dados. Porém o instrumento se mostrou adequado para as suas finalidades, não necessitando de alterações.

A coleta de dados teve a duração de um mês, transcorrendo de julho a agosto de 2008. As entrevistas foram gravadas, realizadas pela própria pesquisadora, com consentimento dos entrevistados (APÊNDICE C) e transcritas por técnicos habilitados. Foram entrevistados todos os profissionais de saúde (agente das práticas) que compõem a equipe mínima do PSF, que, segundo a Portaria nº 648 de

28 de março de 2006, é composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico de consultório dentário, agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem.

Oito profissionais de cada equipe foram entrevistados, perfazendo um total de dezesseis entrevistas. Da equipe de zona rural foram entrevistados o enfermeiro, o médico, a auxiliar de enfermagem, a dentista, auxiliar de consultório dentário e três agentes comunitárias de saúde. Uma ACS e uma técnica de enfermagem estavam de férias no período de realização do estudo, e havia uma auxiliar de farmácia que não foi entrevistada em função do critério adotado para escolha dos informantes-chave (equipe mínima, segundo portaria 648/2006). Da equipe de zona urbana foram entrevistados profissionais das mesmas categorias da equipe de zona rural, sendo que dois profissionais estavam de férias (ACS e técnica de enfermagem).

As observações, registradas em diário de campo, buscaram complementar e verificar as informações obtidas através das entrevistas, considerando, principalmente, as questões relacionadas à dimensão das relações técnicas e sociais de trabalho.

A presente pesquisa seguiu as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em 23 de abril de 2008.

O processamento e análise dos dados foram realizados à luz dos pressupostos teóricos do estudo, categorizando as evidências de acordo com as dimensões de análise e critérios selecionados. As equipes foram analisadas separadamente. Cada trecho das entrevistas foi classificado de acordo com os critérios a que diziam respeito (APÊNDICE A). Após a classificação por critérios seguiu-se o agrupamento por dimensão analítica.

As questões do questionário, que faziam parte do instrumento de coleta de dados, foram tabuladas em Excel 2003 (APÊNDICE D). Num primeiro momento, as respostas foram agrupadas de acordo com os critério e dimensões de análise. Em seguida foram calculados os percentuais das atividades desenvolvidas por nível de

freqüência de realização (frequentemente, raramente, não realiza e não sabe) segundo a “natureza” das atividades (promoção, prevenção, controle de danos) de cada equipe. Posteriormente procedeu-se a construção de gráficos com a distribuição percentual das atividades desenvolvidas, para cada equipe, por níveis de freqüência de realização segundo a “natureza”, e a construção de gráficos detalhados por “natureza” da atividade, com a distribuição das ações, por nível de freqüência de realização (frequentemente realiza e não realiza). Os gráficos estão apresentados no capítulo de resultados.

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados, inicialmente, a caracterização das equipes e das unidades de saúde estudadas no que se refere à composição das equipes, tempo de implantação, estrutura das unidades e organização do trabalho. Em seguida serão expostos os resultados da pesquisa no que se refere ao processo de trabalho das ESF, de acordo com as dimensões de análise definidas para o estudo, na seguinte ordem: 1) **objeto de trabalho** das equipes, considerando a natureza deste objeto (se diz respeito a determinantes a saúde, aos riscos, as doenças e agravos); 2) as evidências que dizem respeito à dimensão **atividade e instrumentos de trabalho**. Nesse item estão descritas as ações que a ESF desenvolve (territorialização, planejamento, análise da situação de saúde), as atividades finalísticas de acordo com a natureza da atividade (promoção a saúde, prevenção, controle de danos) e a lógica de organização das ações. A escolha de apresentar os instrumentos de trabalho num mesmo item das atividades aconteceu em função destes aparecerem sempre juntos no material empírico; 3) **relações técnicas e sociais** estabelecidas pelas equipes.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES E DAS UNIDADES DE SAÚDE INVESTIGADAS

4.1.1 Composição das Equipes

No período da investigação a equipe de zona rural (equipe R) era composta por onze profissionais de saúde (04 ACS, médico, enfermeiro, odontóloga, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de farmácia e 02 técnicas de enfermagem), contando, ainda, com dois agentes de portaria e uma higienizadora. A unidade de saúde estava sem recepcionista, sendo que esta função estava sendo desempenhada, de acordo com relatos dos trabalhadores e observação da pesquisadora, pela auxiliar de farmácia e técnica de enfermagem. Faziam parte da equipe de zona urbana (equipe U) onze profissionais de saúde, nas mesmas proporções da equipe R, e mais dois agentes de portaria, duas higienizadoras e duas recepcionistas.

A equipe R tinha seis anos de implantação no período da investigação, e a equipe U estava implantada há oito anos. Os ACS estão nas equipes desde o seu início e todos participaram de treinamento introdutório para equipes de saúde da família. Nenhum profissional de nível superior da equipe R havia participado de treinamento introdutório, já a enfermeira e o médico da equipe U haviam participado.

4.1.2 Estrutura das Unidades

A unidade de saúde da zona rural abriga apenas uma equipe e funciona em imóvel alugado pela prefeitura. É composta por: consultório de enfermagem com banheiro; consultório médico; consultório odontológico; sala de curativo; sala de vacina; uma sala para expurgo e depósito de materiais de consumo; farmácia; esterilização; banheiro para usuários, banheiro para trabalhadores; copa; e um espaço onde funciona o SAME, a recepção e sala de espera. Os consultórios de

enfermagem e médico, a recepção e a sala de vacina possuem computadores ligados a internet.

Um aspecto que chama atenção é o espaço físico da unidade R, que é muito reduzido. No primeiro dia de campo, a pesquisadora passou parte da manhã na sala de espera aguardando a chegada do enfermeiro. Enquanto esperava foi possível observar que a sala de espera comporta apenas seis pessoas sentadas e três em pé. Os demais usuários aguardam em pé do lado de fora da unidade. Observou-se preocupação e inquietação por parte da técnica de enfermagem e da auxiliar de farmácia, que estavam organizando a marcação, com as pessoas que estavam de pé e do lado de fora. Todo o tempo elas tentavam acomodar nos corredores essas pessoas. Foi possível ouvir as duas profissionais comentando a dificuldade em trabalhar num ambiente tão pequeno.

Diferente da equipe de zona rural, a equipe de zona urbana funciona em uma unidade ampla, construída para o trabalho do PSF, abrigando duas equipes de saúde da família. A unidade é composta por: dois consultórios médicos; dois consultórios de enfermagem; um consultório odontológico; farmácia; auditório para palestra e reuniões; sala de procedimentos; sala de coleta de exames laboratoriais; sala de vacina; sala de curativo; almoxarifado; expurgo; esterilização; cozinha; refeitório; sala de zoonose; SAME; quatro banheiros para funcionários (dois femininos e dois masculinos) e dois para usuários (masculino e feminino); recepção e sala de espera. Os consultórios de enfermagem e a recepção possuem computadores ligados à internet.

4.1.3 Organização do Trabalho da Equipe (semana típica)

Uma semana típica da equipe R, segundo observações e relatos dos trabalhadores, inclui atendimento de puericultura, pediatria, planejamento familiar, pré-natal, clínica geral, atendimento clínico de diabetes e hipertensão, atendimento odontológico, preventivo de câncer de mama e útero, visitas domiciliares dos ACS e demais profissionais, e reunião de equipe. Nos dias de quinta-feira à tarde, quando

está prevista atividade de visita domiciliar do médico e do enfermeiro, acontece o atendimento do CAPS a pacientes da área de abrangência da unidade de saúde. Detalhes deste atendimento e a relação com o trabalho da equipe R, serão apresentados e discutidos posteriormente.

De acordo com a semana típica, está prevista reunião semanal da equipe, o que não aconteceu no período da investigação. As demais atividades ocorreram de acordo com a programação, com exceção do atendimento odontológico que, segundo informações, estava suspenso há três meses, em função das condições de insalubridade (paredes mofadas) na sala de atendimento. Fato interessante é que a odontóloga, enquanto aguardava reforma na sala, estava atendendo em outra unidade de PSF. Foi possível observar alguns pacientes reclamando da falta do atendimento de odontologia e questionando a ida da profissional para outra unidade, em lugar de permanecer desenvolvendo outras atividades na própria área. O mesmo questionamento foi feito, informalmente, por duas ACS para a pesquisadora. No entanto, a decisão de transferência da profissional, provisoriamente para outra unidade, segundo relatos do enfermeiro, foi tomada entre a coordenação de odontologia do município e a profissional, sem discussões com a equipe ou com a população.

De uma maneira geral a semana típica da equipe de zona urbana segue o mesmo formato da zona rural no que se refere aos atendimentos de assistência individual. Porém, diferente da equipe R, três turnos da semana são reservados para atividades educativas com grupos específicos, como por exemplo, o Projeto-Qualidade de Vida, que acontece às sextas-feiras no auditório da unidade, para idosos, hipertensos e diabéticos e a atividade de educação em saúde e sexualidade para os adolescentes da escola do bairro, que acontece às quartas-feiras. Outra diferença é que na equipe da zona urbana dois funcionários de laboratório, semanalmente, fazem a coleta dos materiais para exame laboratorial na própria unidade. Durante a coleta de dados a pesquisadora constatou a realização dessas atividades, inclusive a realização da reunião mensal da equipe.

A forma de marcação de consultas, para as duas equipes, foi definida acatando as sugestões da comunidade. Na equipe R a marcação acontece

diariamente, sendo que o paciente já sai agendado para a consulta subsequente. Na equipe U a marcação acontece durante a sexta-feira, e, da mesma forma, os pacientes de consultas subsequentes já saem agendados. A marcação de odontologia, na equipe U, segue uma lógica diferente. Uma vez no mês, com o envolvimento de toda a equipe, a comunidade é convidada para ir a unidade onde participa de palestras de saúde bucal, escovação coletiva e aplicação de flúor. Em seguida a dentista realiza triagem dos pacientes para priorizar o atendimento do mês. A equipe R, no momento da pesquisa, estava sem atendimento de odontologia.

A marcação de consultas especializadas, no período da investigação, acontecia nas próprias unidades de saúde, através de um sistema via internet da regulação. Cada equipe possuía cotas de consultas especializadas e de exames. Na equipe U, a tarefa de marcação dessas consultas era atribuída a uma das recepcionistas (a unidade possui duas). Já na equipe R, que não possui recepcionista, essa tarefa estava sendo realizada ora pelo enfermeiro, ora pela técnica de enfermagem.

4.2 PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

4.2.1 O objeto de trabalho

Os profissionais das duas equipes investigadas identificam como objeto do seu trabalho problemas relacionados aos danos à saúde (doenças e agravos), com exceção do enfermeiro da equipe R, que também inclui problemas que dizem respeito às condições de vida da população. Vale salientar que em vários trechos das entrevistas foram identificados pelos profissionais da equipe R situações não rotineiramente pontuadas como problemas de saúde, a exemplo de alcoolismo e “problemas emocionais”.

Os problemas de saúde priorizados para intervenção pelas equipes, são doenças e agravos à saúde. Na equipe R, percebe-se que os problemas de saúde que dizem respeito a uma dimensão mais subjetiva ou de saúde mental (alcoolismo e “problemas emocionais”), mesmo sendo reconhecidos, não são trabalhados:

Hipertensão, verminose, doenças sexualmente transmissíveis, catapora, tuberculose. Temos vários casos de AIDS. A dengue, uma criança aqui da comunidade foi internada ontem no Couto Maia por dengue hemorrágica e eu não sabia que aqui já estava tendo caso de dengue...” (ACS, equipe R)

Hipertensão, verminose, escabiose, diabetes. Basicamente isso. Tem muita IRA aqui, é próximo do Pólo Petroquímico” A gente trabalha mais aqui com os hipertensos e diabéticos. (Enfermeira, equipe U).

O alcoolismo acontece muito, e a gente pode considerar o alcoolismo como uma doença. A gente fica se perguntando o que fazer com esse tipo de problema, nós não somos preparados para trabalhar com o alcoolismo... (ACS, equipe R)

Veja só, quando a gente trabalha com uma comunidade carente igual a nossa, a gente identifica alguns problemas que são padrões em toda uma gama de pessoas que vivem na periferia do nosso país. E aí a gente encontra as doenças infectocontagiosas, as viroses, as doenças cardiorespiratórias, hipertensão, diabetes. Aqui tem um alto índice de alcoolismo, e uma coisa que eu detectei aqui, que às vezes a gente não se toca, é a questão do emocional. Mas essas pessoas todas que nos procuram, que muitas vezes a gente vê apenas como paciente da atenção básica, que a gente tem que fazer planejamento familiar, pré-natal, mas essas pessoas também têm problemas emocionais, existenciais. Tem pessoas que vêm aqui no consultório e ficam uma hora conversando comigo. A gente escuta, conversa, mas às vezes isso só não basta. O que fazer? (Médico, equipe R).

Fica claro nos depoimentos dos entrevistados que lhes faltam as ferramentas para lidar com problemas da esfera psicoemocional, mesmo tendo uma proximidade física com os atendimentos dos profissionais (Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional) do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) que, no caso da equipe R, atendem na mesma USF onde funciona a equipe. Vale registrar que a proximidade física com o atendimento a pessoas com problemas psicoemocionais não trouxe para a equipe R mais elementos para lidar com a questão, pois, segundo seus próprios relatos, a equipe não tem acesso aos prontuários dos pacientes, nem um momento de conversa com os profissionais do CAPS, para compreender os critérios de diagnóstico e acompanhar o tratamento desses pacientes. A única informação disponibilizada é a de que o CAPS não

atende usuários de álcool e drogas, e, de acordo com algumas entrevistas, não atendem “problemas emocionais mais simples”.

Ao analisar o conteúdo das entrevistas, observa-se que os riscos e os determinantes da saúde só começam a aparecer como objeto, quando questionados diretamente sobre eles. No entanto, aparecem, apenas, enquanto objeto de preocupação, mas não enquanto objeto de intervenção. Em algumas entrevistas percebe-se, também, que, apesar de apreendidos, faltam instrumentos/meios de trabalho para intervir sobre os mesmos.

O risco ambiental é um problema muito sério. A falta de saneamento é um risco, a orla inteira não tem esgoto, é um risco para a verminose, dermatite. Então a gente tem problemas relacionados à desigualdade social, bastante problema da questão financeira mesmo, tem uma parte aqui pra trás da unidade, do loteamento, que as pessoas moram em barracos de madeira. Outro problema que a gente encontra é a falta de educação, não é a falta de educação, não é a estupidez, mas é a falta de conhecimento. O problema não é só aqui, o problema é no Brasil inteiro. É o maior problema que a gente enfrenta hoje em dia. Mas não temos muitas ações relacionadas a isso não, às vezes ficamos de pés e mãos atadas, sem saber o que fazer (Enfermeiro, equipe R).

A questão da desigualdade social é o risco e o determinante mais importante. A falta de educação de qualidade, carência financeira. Não muda muito em relação a maioria dos lugares. Eu já trabalhei em lugares muito mais carentes do que aqui, mas os problemas se repetem [...] A gente faz aquelas ações que eu lhe falei. Os grupos de educação em saúde continuada (hipertensão, diabetes, adolescente), todos os programas de assistência preconizados para a estratégia. Com relação aos riscos e aos determinantes no momento temos coisas incipientes, de orientação individual. Até por que, não sei se falha na estrutura, na nossa formação, ou se a gente não está sabendo procurar. Tem a questão da intersetorialidade que ajuda. Por que às vezes a gente não tem esse acesso fácil com outros setores (Médico, equipe U).

As questões relativas às condições de vida, que incluem o trabalho, saneamento básico, a educação, vem sendo tomados enquanto compromissos pelo governo federal, envolvendo estados e municípios. De acordo com a portaria 648 de 2006, uma das áreas estratégicas para a operacionalização da atenção básica, é a promoção da saúde, que inclui ações sobre os condicionantes e determinantes da saúde. O Pacto pela Saúde ratifica essa orientação (BRASIL, 2006b) e a Política Nacional de Promoção a Saúde desdobra essa questão, apresentando como um dos seus objetivos específicos a incorporação e implementação das ações de promoção

da saúde na atenção básica (BRASIL, 2006c). No entanto, a apreensão dos determinantes e condicionantes da saúde enquanto objeto de trabalho ainda parecem distantes da prática dessas ESF.

4.2.2 Atividades e instrumentos de trabalho

A) Ações

Considerando o processo de trabalho e seus elementos, a **atividade** diz respeito ao **trabalho que se dirige a um objeto** para a sua apreensão e transformação (MENDES-GONÇALVES, 1979). Dentre as atividades previstas para a apreensão e transformação do objeto de trabalho das ESF, de acordo com o modelo de vigilância da saúde, estão as ações de **territorialização**, a realização da **análise da situação de saúde** e o **planejamento local** (BRASIL, 2006a; AQUINO, 2003). Como instrumentos para realização dessas ações tem-se o **mapa dinâmico**, o **cadastro das famílias**, **oficinas com a comunidade** e os **sistemas de informação em saúde** (SIAB, SINAN, SIM, etc). A seguir estão as evidências encontradas sobre as atividades e instrumentos de trabalho pontuados acima.

- **Territorialização**

No modelo da Vigilância da Saúde, como já discutido em capítulos anteriores, o território é compreendido para além dos seus aspectos físicos e geográficos, inclui os aspectos culturais, econômicos e epidemiológicos (MENDES et al, 1993). A apropriação desse território, considerando todos os seus aspectos, permite a compreensão da realidade de saúde enquanto realidade determinada pela dinâmica das relações sociais, políticas e econômicas, e a elaboração de ações eficazes em função dessa realidade (AQUINO, 2003).

Nos casos estudados, todos os componentes da equipe U e cinco componentes da R relataram não ter conhecimento dos critérios utilizados para a delimitação da área de abrangência e das microáreas de atuação dos ACS. Todos

os cinco profissionais da equipe R justificaram o desconhecimento pelo fato da territorialização ter acontecido num momento anterior a sua chegada a equipe. As três ACS desta equipe, que estão desde o seu início, relataram alguns critérios de delimitação de microáreas, geralmente relacionados ao local de residência dos ACS. Não é feita menção a lógica de homogeneidade sócio-econômico-sanitária (áreas homogêneas de risco), como critério para definição das microáreas, por nenhum profissional das equipes, como pode ser observado nos trechos das entrevistas abaixo:

Eu sei que teve um período que fizeram um mapeamento dessa área. Mas como foi feito isso não sei, naquela época não sei. Quando eu cheguei aqui já estava definida a área de atuação dos agentes comunitários. Eles fizeram isso com a enfermeira que teve aqui na unidade. Eles mapearam, pegaram o mapa da localidade e definiram as áreas, dividiram em quatro e cada uma assumiu a sua localidade. Não foi passado qual foi o critério que foi utilizado” (Enfermeiro, equipe R).

Primeiro fizeram um mapa. E aí foram tirando as ruas que ficariam mais próximas, assim da localidade de onde o ACS morava, para que cada um tivesse a sua área delimitada. Um dos critérios foi onde mora o ACS (ACS, equipe R).

Foi definida pela secretaria de saúde. Quando cheguei já estava tudo definido. Cada ACS ficou com uma microárea. Quando nós chegamos haviam sete ACS, apenas com uma equipe. A unidade ficava em outro lugar, e era muito pequena. Quando foi construída essa unidade maior aí veio outra equipe. Aí dividiram a área e os ACS. A outra equipe ficou com a maior parte da área que está descoberta, eles ficaram com três áreas e dois ACS. A nossa equipe ficou com quatro microáreas, mas só tem três ACS. Tem microárea sem ACS, e ainda tem muita área e família descoberta aqui no bairro (Técnica de enfermagem, equipe U).

Nas equipes investigadas havia sido realizado mapeamento da área de abrangência e construção do mapa, porém com frequências distintas de atualizações. A equipe R, com seis anos de implantação, realizou em torno de três atualizações do mapeamento, sendo que a última ocorreu no ano de 2007. A equipe U, com oito anos de existência, realizou o primeiro mapeamento no início da implantação, e o segundo e último aconteceu no ano de 2004. Os profissionais que mais aparecem como participantes do processo de mapeamento são os ACS e enfermeiros.

As informações contidas nos mapas das equipes dizem respeito aos aspectos físico-geográficos, aos equipamentos sociais, culturais e comerciais da área, e algumas situações de saneamento. Não existem informações sobre situações dinâmicas do território, como informações epidemiológicas. Também não foram encontradas evidências sobre a participação da comunidade na construção do mapa.

As informações nesse mapa, só tem mesmo as localidades. Os pontos de referência, localidades, ruas e tal. E as áreas de cada agente comunitário esse mapa contém. Agora por exemplo, não tem, se aquela área contém idosos, hipertensos, se naquela outra área contém mais crianças e tal, essas informações não têm (Enfermeiro, equipe R).

No mapa tem as ruas que a gente trabalha, está dividido por cor. Colocamos tudo, igreja, bar, escola, armário, salão (ACS, equipe U).

Tem em relação ao físico, por exemplo, esgoto a céu aberto, ruas, casas, mas com relação às doenças não tem não (Enfermeira, equipe U).

Sobre a utilização do mapa para o trabalho, a equipe U coloca que a grande utilização do mapa é para orientar a marcação de consultas na unidade. Como pôde ser observado pela pesquisadora, o mapa fica exposto na recepção para a recepcionista poder localizar a que equipe o usuário pertence (já que na unidade onde esta a equipe U funcionam duas ESF), ou se faz parte do que eles chamam de “cortesia” da unidade – usuários moradores da área, mas não cobertos pelas ESF. Na equipe R o mapa nem se encontra na unidade, pois foi entregue ao nível central – coordenação da atenção básica, para servir de orientação para o remapeamento e contratação de novos ACS. Nas duas equipes os ACS argumentaram não precisarem do mapa na sua rotina de trabalho em função de já terem conhecimento suficiente do território.

Ainda como parte do processo de territorialização, as entrevistas buscaram apreender como se dá a adscrição da clientela, uma das diretrizes do PSF, que se traduz no cadastramento, sistematicamente atualizado, de toda a população da área de abrangência das unidades. No período da pesquisa, o cadastramento da população da equipe R encontrava-se incompleto e não atualizado e na equipe U o cadastramento das famílias encontrava-se completo, porém não atualizado. A

vinculação da população a uma unidade de saúde representa uma etapa importante para a organização de um sistema hierarquizado e resolutivo, considerando as necessidades da população da sua área de abrangência e garantindo o acesso dessa população a outros níveis do sistema. Além disso, o processo de cadastramento das famílias permite que se conheçam as características demográficas, sócio-econômicas e culturais, dando início a vinculação da equipe com a comunidade (AQUINO, 2003).

Um fato que ocorre nas duas equipes, é que o número de ACS não é suficiente para cobrir toda a área de abrangência, o que tem como consequência um número significativo de famílias não acompanhadas pelos ACS. Porém, estas famílias têm acesso ao atendimento na unidade, o que as equipes denominam de “cortesia”. No caso da equipe R, por exemplo, o número de famílias da área comporta outra equipe. A recomendação da Política Nacional da Atenção Básica é que cada ESF fique responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000. E número de ACS suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por ESF. A área de abrangência da equipe R possui uma população estimada de 4.314 pessoas, cinco microáreas e quatro ACS, ou seja, uma área está descoberta. A área da equipe U possui população estimada de 2.253 pessoas, cinco microáreas e quatro ACS, também com uma microárea descoberta.

Mesmo com as lacunas existentes no processo de territorialização, as duas equipes demonstram conhecer as características sociais, culturais e econômicas da população da sua área, quando perguntados diretamente sobre estas, como pode ser visto nos depoimentos a seguir. Apesar disso, não relacionam estas informações com o processo de territorialização como pôde ser observado no item analisado anteriormente sobre a construção do mapa.

O nosso bairro é um bairro de pessoas de baixa renda, pessoas carentes, desempregados. Existem aquelas pessoas carentes [...] outros se aprofundam na droga, buscando barzinho para diversão [...] (ACS, equipe R).

Veja só. Aqui a população é formada uma parcela, uma parte de pessoas nativas, de pescadores, que sempre foram moradores da região, e foi criado um loteamento onde foram doados muitos lotes para os moradores daqui

que na época não tinham onde morar. Posteriormente muito desses moradores que ganharam o lote foram vendendo para pessoas que vieram de fora e você tem uma população mista [...] Aqui as pessoas vivem muito da pesca. Temos muitas domésticas e do lar também (Médico, equipe R).

Têm muitas pessoas carentes, necessitadas, crianças desnutridas, criança de escabiose, IRA. Tem muitas coisas também, que eu não sei se eu posso falar, sobre segurança, está tendo muita droga. Muita violência, a gente está evitando até de ir para a área. Principalmente pela tarde, que a gente não pode, eles mesmos avisam para gente. Eu levei isso para o médico e para a enfermeira, e decidimos que vamos evitar ir durante a tarde, mas não podemos deixar a área descoberta. Mas se eles avisam a gente tem que evitar (ACS, equipe U).

- **Análise da Situação de Saúde**

A análise da situação de saúde da área de abrangência de uma equipe está interligada ao processo de conhecimento e apropriação do território visto anteriormente. A partir do momento que se procura conhecer o território e a sua população, dá-se início a análise da situação de saúde. Um dos objetivos da análise é a identificação dos problemas de saúde da população, entendendo estes problemas considerando as condições de vida e características dessa população, para subsidiar a organização das ações da ESF.

A análise da situação de saúde realizada pelas equipes se limita ao levantamento de informações através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Nas duas equipes essas informações de saúde são levantadas pelo profissional enfermeiro, e dizem respeito a doenças e agravos à saúde. Assim, as informações que poderiam identificar situações de risco, condições do meio ambiente e as condições de vida e trabalho não são contempladas.

Na equipe R, o enfermeiro, após levantamento das informações, procede à análise dos dados através da construção de gráficos com série histórica. Essas informações são compartilhadas com toda a equipe de quatro em quatro meses. Já na equipe U as informações são compartilhadas raramente com todos os profissionais, sendo discutidas mais frequentemente com os ACS.

Eu faço sempre as análises. Porque é assim, na verdade a gente tinha que enviar para atenção básica os nossos dados, os consolidados do SIAB. E a partir daí eles mandarem de volta as informações que a gente enviou para eles, para a gente fazer a nossa crítica, só que eles não fazem isso. Eles não retornam para a gente, a gente só envia, só envia, só envia! Agora eles

não enviam nada para nós. Aí o que é que eu faço, eu mesmo faço os consolidados. Então, em cima do SSA2 e do PMA2 eu faço os consolidados. Eu faço de quatro em quatro meses e depois discuto com a equipe (Enfermeiro, equipe R).

Não, a gente peca um pouco por isso até pelo acúmulo de trabalho, por ter que preencher planilhas urgente. Tudo que chega, chega para ontem. O que a gente levanta mais são as informações trazidas pelos ACS sobre a população. A gente trabalha com o SIAB, mas não é muito freqüente, mas às vezes a gente trabalha (Médico, equipe U).

As entrevistas da equipe R revelaram que existe um levantamento de informações trazidas pelos usuários, através da aplicação de um questionário elaborado e aplicado pela equipe. Essas informações demandadas pela equipe, dizem respeito à satisfação dos usuários com o atendimento dos profissionais da unidade e com a forma de marcação das consultas. Percebe-se, ainda, que existe escuta dos problemas de saúde da comunidade, através do Conselho Local de Saúde, no entanto essas informações não são incorporadas à análise, no sentido de subsidiar intervenções. Na equipe U não há indícios de que exista participação da comunidade, de maneira mais formalizada, nesse processo de análise/levantamento de informações de saúde.

[...] fizemos uma pesquisa com a comunidade para saber o grau de satisfação com o atendimento da equipe. Então fizemos um questionário com dez perguntas sobre: como era atendimento na recepção; o atendimento do técnico em enfermagem, do enfermeiro, médico; a limpeza da unidade a estrutura da unidade. E essa pesquisa culmina aqui dentro em uma aceitação da equipe como um todo de 91%, 92%, ou seja, acima de 90% de aceitação da comunidade. Mudamos até a forma de marcação a partir das respostas [...] (Médico, equipe R).

[...] A gente tem um conselho local implantado, a semana passada a gente tomou posse no conselho local, sou vice-presidente do conselho local. Mas ainda não elaboramos nenhuma ação para tentar resolver os problemas sociais que eles nos trazem (Enfermeiro, equipe R).

- **Planejamento**

O processo de planejamento e programação de ações, considerando a Estratégia de Saúde da Família e o Modelo de Vigilância da Saúde, parte do conhecimento acumulado durante a territorialização e análise da situação de saúde,

para definição do que se deve fazer para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados e priorizados, com o estabelecimento de prazos, responsáveis e recursos envolvidos (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2003).

No que diz respeito ao processo de planejamento, todos os profissionais das equipes referem realizar planejamento das atividades, tanto as de diagnóstico e assistência, quanto as atividades educativas como campanhas em datas comemorativas e palestras pontuais. Contudo, esse planejamento se limita a programação de atividades orientadas por um cronograma. Nesse cronograma são registrados a data de realização da atividade, o horário e os responsáveis pela sua realização. Apenas a enfermeira da equipe U citou a existência de outro instrumento enviado pela coordenação da atenção básica, onde colocam o planejamento do mês seguinte.

Nas duas equipes, segundo os entrevistados, o planejamento conta com a participação de todos os profissionais, sendo que na equipe R, contam, também, com a participação do vigilante e funcionário da limpeza. Diferente desta, os profissionais de nível superior da equipe U já trazem sugestões de atividades prontas para compartilhar e discutir. Nenhuma das equipes faz referência à participação da população nesse processo.

Sobre a frequência de realização do planejamento a equipe R informou que costumava realizar nas reuniões semanais da equipe, porém tem sido pouco realizado nos últimos três meses. Na equipe U esse planejamento acontece nas reuniões mensais. O planejamento é admitido como orientador das ações das duas equipes.

A gente planeja em reunião. Tanto as ações de assistência quanto as ações educativas. Colocamos num cronograma dia e horário das atividades. A gente fazia muita reunião, de maio para cá é que a gente vem fazendo menos. Por que o medico entrou de férias, eu fui passar um tempo em outra unidade, agora o enfermeiro está entrando de férias e eu estou aqui. Mas a gente planeja muito em reunião e não é uma coisa unilateral, a agente conversa e decide com a equipe. Inclusive o vigilante do dia também participa. Até mesmo por que sempre tem as ocorrências do dia, e tem coisas que vão perguntar ao vigilante. Então a gente procura está inserindo eles, pois também fazem parte da equipe (Odontóloga, equipe R).

Planeja sim. Geralmente é nas reuniões mensais. A gente planeja todas as ações, educativas e assistenciais, quem vai fazer o quê, que dia, essas

coisas. Toda a equipe participa. Mas geralmente já tem uma base. Os médicos e enfermeiras já chegam com alguma coisa pronta para a gente dar opinião (ACD, equipe U).

Todos os profissionais das duas equipes referem, ainda, ter total autonomia para realização das ações planejadas, pois relatam ter a confiança do nível central da Secretaria de Saúde, que apenas pede para as equipes enviarem o planejamento e o relatório de execução das atividades.

De alguma forma os depoimentos das equipes indicam que o planejamento é incorporado enquanto previsão e programação das atividades, porém não há indícios de que esse planejamento seja construído tomando como referência a realidade local. Outro aspecto que merece destaque é que a avaliação não está incorporada como parte desse processo. A equipe refere que avalia as ações, mas o que consideram como avaliação é a explicitação oral das críticas e aspectos positivos das atividades realizadas, com o objetivo de aprimorar o trabalho. Três profissionais (dentista, enfermeira e o médico) da equipe U justificam essa forma de avaliação, baseada no senso comum, pela falta de conhecimento para uma avaliação técnica mais formalizada e sistemática, com a utilização de instrumentos e indicadores.

Avaliamos, semanalmente. Cada um opina o que pode melhorar, o que errou, o que poderia ser feito, para que nos próximos projetos a gente não erre de novo [...] (ACD, equipe R).

A gente avalia de maneira informal. Nos falta, muitas vezes, a qualificação para que isso seja feito de forma mais sistemática. Por que isso requer instrumento, métodos, e na verdade nós não somos preparados para isso (Médico, equipe U).

B) Atividades finalísticas

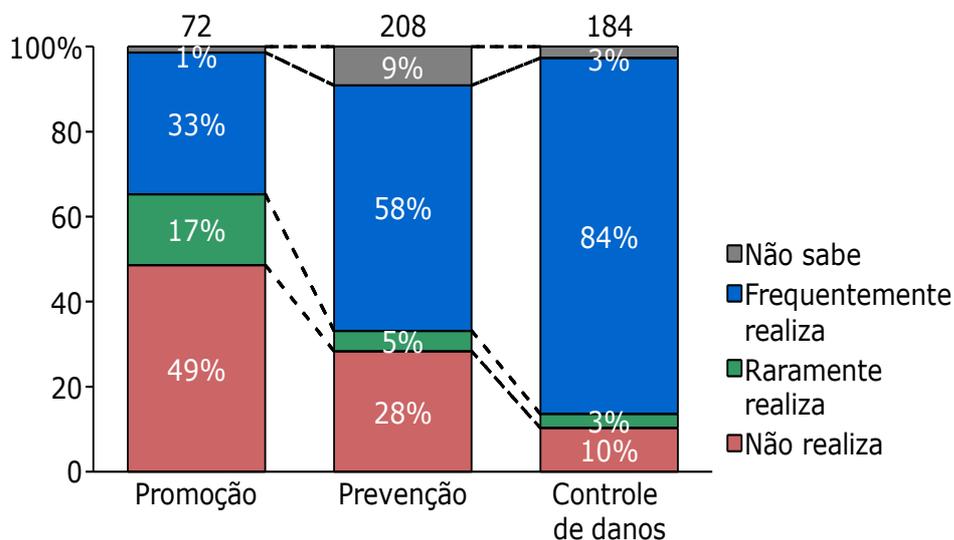
- **Natureza das ações desenvolvidas (promoção, prevenção e controle de danos)**

As práticas de Vigilância da Saúde e da Estratégia de Saúde da Família incluem ações de promoção da saúde, prevenção e controle de danos. Essas

atividades devem ser elaboradas e organizadas em função dos problemas de saúde identificados e priorizados em determinada área de abrangência (lógica para organização das ações), lançando mão das atividades e instrumentos analisados anteriormente.

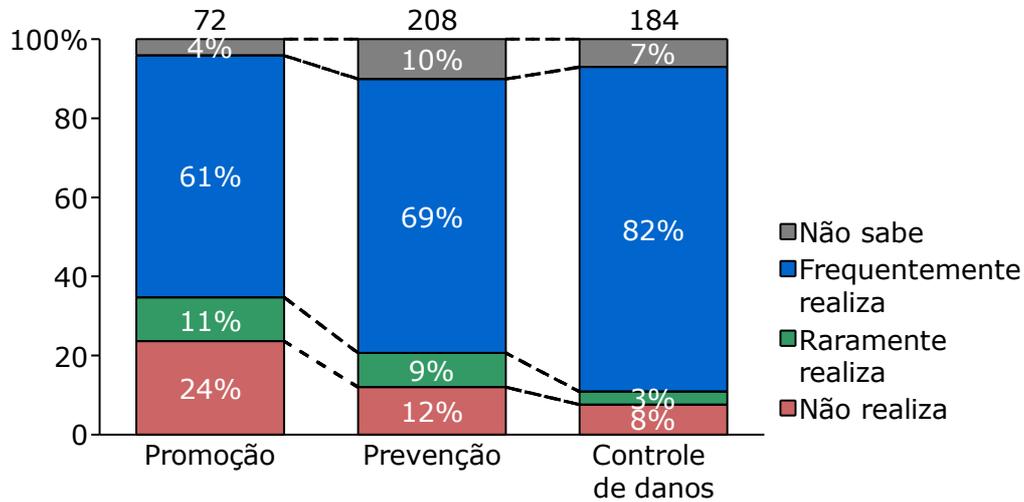
As ações de controle de danos (diagnóstico e assistência) são as mais realizadas pelas duas equipes, com um percentual de 82% dessas ações sendo realizadas freqüentemente pela equipe R e 84% pela equipe U (Gráficos 1 e 2). Já as ações de promoção à saúde são as menos realizadas pelas equipes, porém com diferenças significativas no percentual de realização. Na equipe R 33% dessas ações são realizadas freqüentemente, e na equipe U esse percentual sobe para 61%. Das ações de prevenção elencadas no questionário, a equipe R realiza freqüentemente 58% destas e a equipe U 69% (Gráfico 1 e 2).

Gráfico 1 - Distribuição percentual das ações desenvolvidas pela equipe R, por freqüência de realização e por natureza das ações, julho/2008.



Fonte: Instrumento de coleta de dados da investigação.

Gráfico 2 - Distribuição percentual das ações desenvolvidas pela equipe U, por freqüência de realização e por natureza das ações, julho/2008.

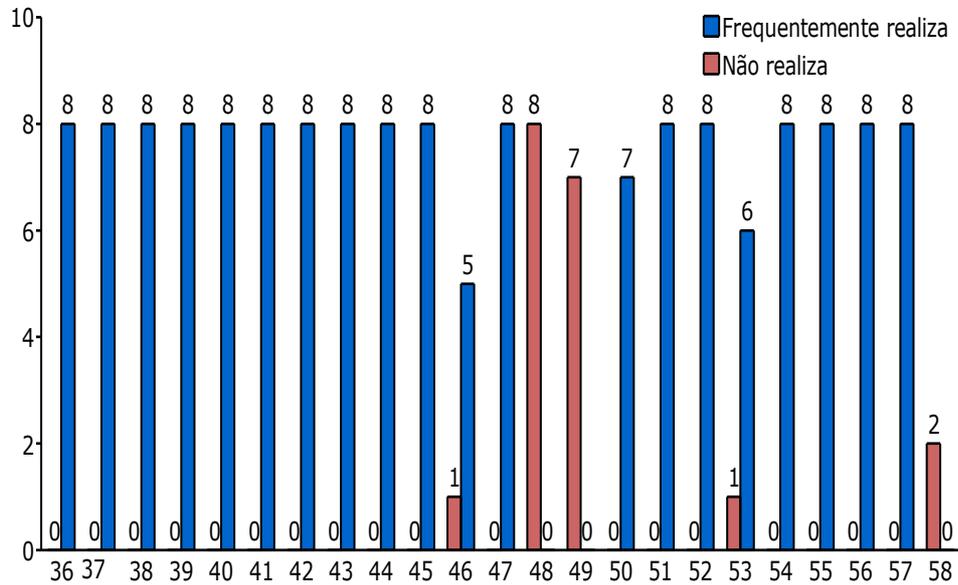


Fonte: Instrumento de coleta de dados da investigação.

Na análise dos gráficos detalhados por natureza da ação e tipo de atividade das equipes, observa-se que: das ações de controle de danos, quase todas são realizadas freqüentemente, sendo que aquelas que não são realizadas dizem respeito às intervenções em saúde mental (diagnóstico, encaminhamento e acompanhamento clínico), e sobre o acompanhamento do tratamento, pela referência, do usuário de álcool e drogas (Gráficos 3 e 4).

Gráfico 3 – Distribuição das ações de controle de danos realizadas pela equipe R, por freqüência de realização, julho/2008.

Número de resposta - Controle de danos



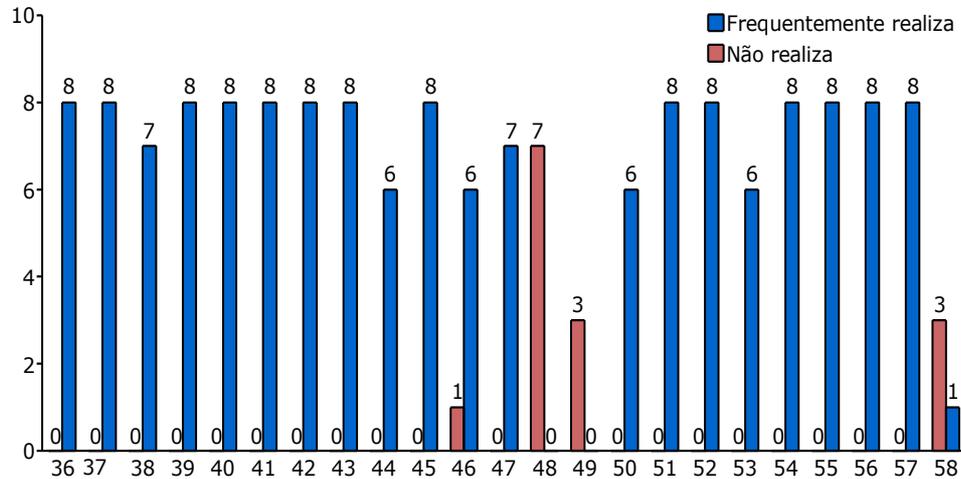
LEGENDA

- 36 - Consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em < de 2 anos.
- 37 - Consulta para assistência às doenças prevalentes na infância.
- 38 - Ações em caso de desidratação oral.
- 39 - Consulta para Planejamento Familiar.
- 40 - Prevenção de câncer de colo de útero e mama.
- 41 - Consulta de pré-natal.
- 42 - Intervenções em diabetes.
- 43 - Intervenções em hipertensão.
- 44 - Intervenções em Hanseníase.
- 45 - Intervenções em tuberculose.
- 46 - Diagnóstico e acompanhamento clínico de câncer
- 47 - Intervenções em DST/Aids.
- 48 - Intervenções em Saúde Mental.
- 49 - Acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e drogas.
- 50 - Intervenções em Saúde Bucal.
- 51 - Acompanhamento clínico do idoso.
- 52 - Vacinação do idoso.
- 53 - Diagnóstico e tratamento de endemias.
- 54 - Solicitação de exames complementares.
- 55 - Prescrição de medicação de acordo com protocolo.
- 56 - Referência para um especialista quando necessário.
- 57 - Referência para assistência hospitalar quando necessário.
- 58 - Atendimento de urgências.

Fonte: Instrumento de coleta de dados da investigação.

Gráfico 4 – Distribuição das ações de controle de danos realizadas pela equipe U, por freqüência de realização, julho/2008.

Número de resposta - Controle de danos



LEGENDA

- 36 - Consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em < de 2 anos.
- 37 - Consulta para assistência às doenças prevalentes na infância.
- 38 - Ações em caso de desidratação oral.
- 39 - Consulta para Planejamento Familiar.
- 40 - Prevenção de câncer de colo de útero e mama.
- 41 - Consulta de pré-natal.
- 42 - Intervenções em diabetes.
- 43 - Intervenções em hipertensão.
- 44 - Intervenções em Hanseníase.
- 45 - Intervenções em tuberculose.
- 46 - Diagnóstico e acompanhamento clínico de câncer
- 47 - Intervenções em DST/Aids.
- 48 - Intervenções em Saúde Mental.
- 49 - Acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e drogas.
- 50 - Intervenções em Saúde Bucal.
- 51 - Acompanhamento clínico do idoso.
- 52 - Vacinação do idoso.
- 53 - Diagnóstico e tratamento de endemias.
- 54 - Solicitação de exames complementares.
- 55 - Prescrição de medicação de acordo com protocolo.
- 56 - Referência para um especialista quando necessário.
- 57 - Referência para assistência hospitalar quando necessário.

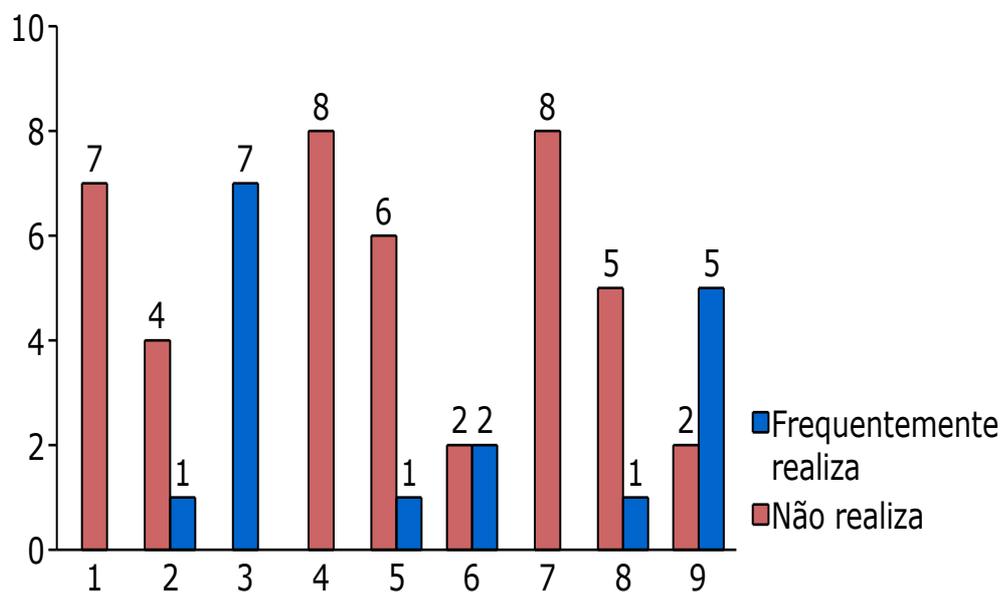
Fonte: Instrumento de coleta de dados da investigação.

Em relação às ações de promoção da saúde da equipe R, as mais realizadas são as seguintes: ações em parceria com organizações da sociedade civil (igrejas, escolas, associações comunitárias, etc.) ou outras instituições governamentais; e ações com a comunidade local através de palestras, grupos, entre outros, para discussões de temas como cidadania, direitos à saúde, funcionamento do SUS e controle social. Das 49% que não são realizadas, evidenciam-se as ações de estímulo a alimentação saudável respeitando a cultura local, ações em conjunto com

a população com ênfase no desenvolvimento comunitário, a realização de atividades de educação em saúde continuadas voltadas para determinados grupos populacionais e elaboração com a população de estratégias de enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição das ações de promoção a saúde realizadas pela equipe R, por freqüência de realização, julho/2008.

Número de resposta - Promoção à Saúde



LEGENDA

- 1 - Ações de estímulo à alimentação saudável respeitando a cultura local.
 2 - Ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis, através de ações de educação em saúde, palestras, salas de espera, com o objetivo de ampliar conhecimento sobre situações de risco sanitário, ambiental, ecológico.
 3 - Ações em parceria com organizações da sociedade civil (igrejas, escolas, associações comunitárias, etc.) ou outras instituições governamentais.
 4 - Ações, em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário.
 5 - Elabora com a população estratégias de enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.
 6 - Promoção de atividades físicas e de lazer como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas esportivas, atividades lúdicas para a comunidade como um todo e/ou para grupos vulneráveis.
 7 - Realização de atividades de educação em saúde continuadas em determinados grupos populacionais (criança, gestante, adolescente, hipertenso e diabético).
 8 - Ações de educação em saúde nas escolas, creches e para a população em geral.
 9 - Ações com a comunidade local através de palestras, grupos, entre outros, para discussões de temas como cidadania, direitos à saúde, funcionamento do SUS, controle social, entre outros.

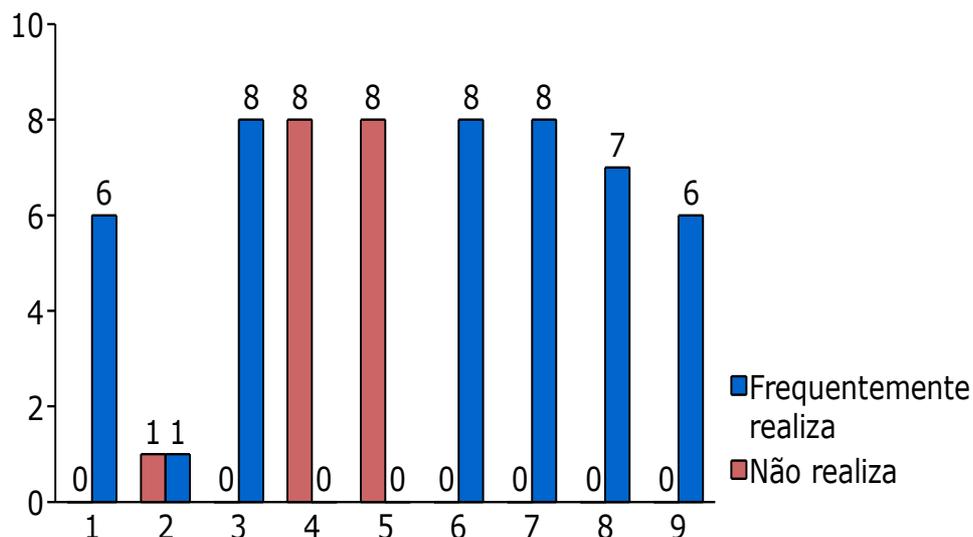
Fonte: Instrumento de coleta de dados da investigação.

A realização das atividades de promoção à saúde na equipe U, apesar de ser bem maior do que na R, segue uma tendência parecida, pois a equipe U não realiza,

também, ações em conjunto com a população com ênfase no desenvolvimento comunitário e ações para a elaboração, com a população, de estratégias de enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local. Porém realiza freqüentemente, além das que a equipe R realiza, as seguintes ações: ações de estímulo à alimentação saudável respeitando a cultura local; ações de promoção de atividades físicas e de lazer como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas esportivas; realização de atividades de educação em saúde continuadas voltadas para determinados grupos populacionais (criança, gestante, adolescente, pacientes com hipertenso e pacientes com diabetes); ações de educação em saúde nas escolas, creches e para a população em geral (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Distribuição das ações de promoção a saúde realizadas pela equipe U, por freqüência de realização, julho/2008.

Número de resposta - Promoção à Saúde



LEGENDA

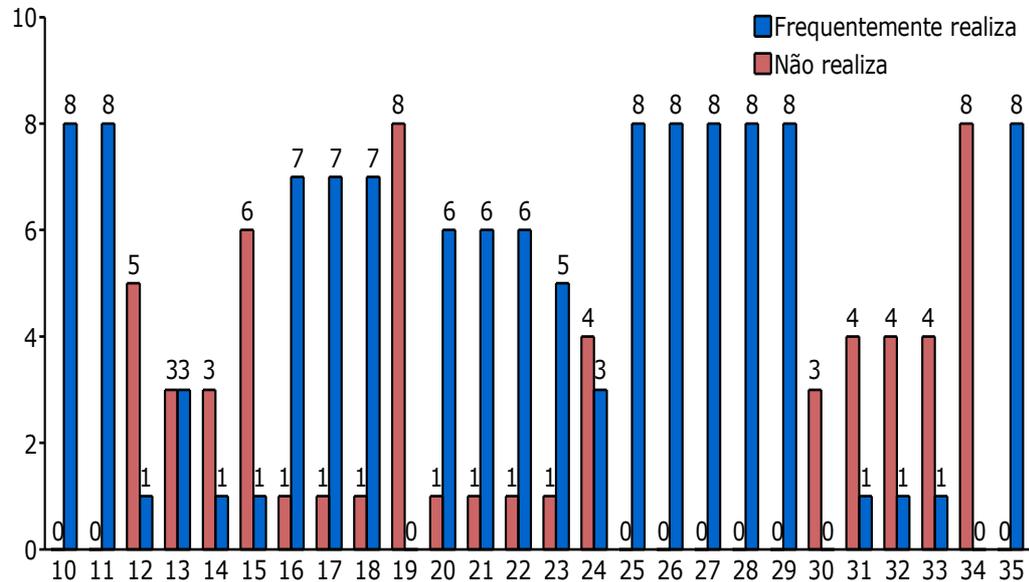
- 1 - Ações de estímulo à alimentação saudável respeitando a cultura local.
- 2 - Ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis, através de ações de educação em saúde, palestras, salas de espera, com o objetivo de ampliar conhecimento sobre situações de risco sanitário, ambiental, ecológico.
- 3 - Ações em parceria com organizações da sociedade civil (igrejas, escolas, associações comunitárias, etc.) ou outras instituições governamentais.
- 4 - Ações, em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário.
- 5 - Elabora com a população estratégias de enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.
- 6 - Promoção de atividades físicas e de lazer como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas esportivas, atividades lúdicas para a comunidade como um todo e/ou para grupos vulneráveis.
- 7 - Realização de atividades de educação em saúde continuadas em determinados grupos populacionais (criança, gestante, adolescente, hipertenso e diabético).
- 8 - Ações de educação em saúde nas escolas, creches e para a população em geral.
- 9 - Ações com a comunidade local através de palestras, grupos, entre outros, para discussões de temas como cidadania, direitos à saúde, funcionamento do SUS, controle social, entre outros.

A justificativa da equipe R para a não realização de ações voltadas para trabalhos de educação em saúde com grupos populacionais específicos ou para a população em geral é a inexistência de espaço físico adequado, tanto na unidade de saúde, como na comunidade. Os profissionais de saúde da equipe R colocam que sabem da importância dessas ações para o trabalho, mas que estão aguardando a finalização da construção do novo prédio da unidade. A questão do espaço físico é muito enfatizada como fator que interfere na realização desse tipo de atividade. Na equipe U, segundo relatos registrados em diário de campo, a mudança para um espaço próprio e construído dentro dos parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), permitiu que a equipe começasse a fazer os trabalhos de grupo.

No que se refere à prevenção, apenas 28% das ações da equipe R não são realizadas (Gráfico 1). Este percentual é composto principalmente pelas seguintes atividades: ações educativas com a comunidade para informar e sensibilizar quanto ao uso abusivo de álcool e drogas; ações educativas ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito; ações para detecção de novos casos de hanseníase; procedimentos coletivos em saúde bucal (levantamento epidemiológico em saúde bucal, escovação supervisionada, bochecho com flúor, aplicação tópica de flúor gel); e atividades em sala de espera (Gráfico 7). Do mesmo modo que as atividades de educação em saúde, a não realização dos procedimentos coletivos em saúde bucal e sala de espera é justificada pela falta de espaço físico na unidade e na comunidade. Vale pontuar a não realização de ações para detecção de casos de hanseníase. Como veremos mais adiante, as ações dessa equipe são organizadas em função das áreas prioritárias da Política Nacional da Atenção Básica e programas do Ministério da Saúde. No entanto, a ação relativa à eliminação da hanseníase, que é uma das áreas prioritárias, não é realizada por esta equipe.

Gráfico 7 – Distribuição das ações de prevenção realizadas pela equipe R, frequência de realização, julho/2008.

Número de resposta - Prevenção



LEGENDA

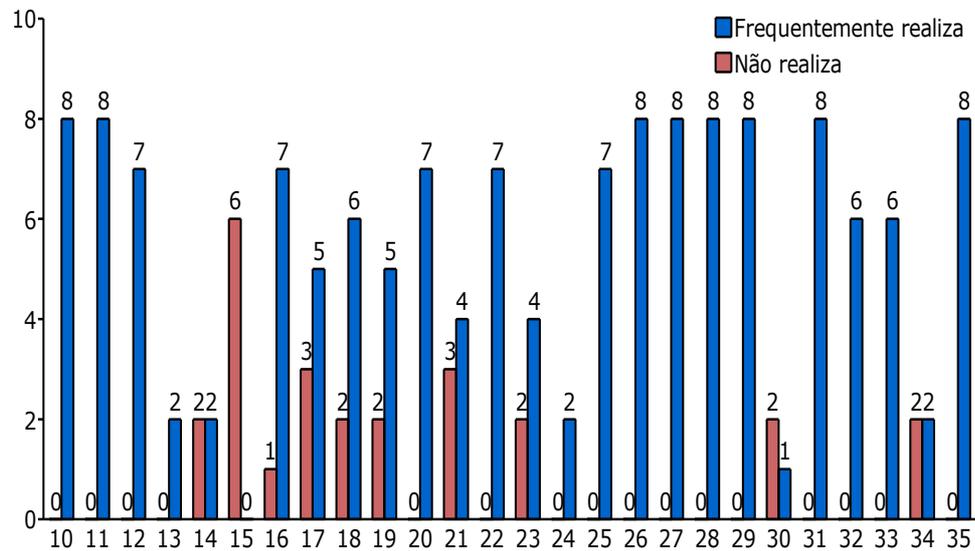
- 10 - Ações de acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população.
- 11 - Ações de Incentivo ao aleitamento materno.
- 12 - Ações educativas com a comunidade para informar e sensibilizar quanto ao uso abusivo de álcool e drogas.
- 13 - Ações educativas com a comunidade para informar e sensibilizar sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e o risco da poluição tabagística ambiental.
- 14 - Identificação de situações de violência sexual e doméstica, atuando de alguma forma.
- 15 - Ações educativas ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito.
- 16 - Busca ativa para detecção de novos casos de hipertensão arterial sistêmica na população.
- 17 - Busca ativa para detecção de novos de tuberculose.
- 18 - Busca ativa para detecção de casos novos de Diabetes Mellitus.
- 19 - Ações para detecção de novos casos de Hanseníase.
- 20 - Notificação dos agravos de notificação compulsória.
- 21 - Investigação dos agravos de notificação compulsória.
- 22 - Notificação negativa.
- 23 - Notificação, investigação de óbitos maternos e infantis.
- 24 - Ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária.
- 25 - Ações para identificação de situações de risco em idosos.
- 26 - Vacinação de rotina do calendário básico dos programas nacional e estadual.
- 27 - Vacinação em campanhas.
- 28 - Busca ativa de faltosos para vacinação.
- 29 - Distribuição de preservativos e métodos contraceptivos.
- 30 - Levantamento epidemiológico em saúde bucal.
- 31 - Escovação supervisionada.
- 32 - Bochecho com flúor.
- 33 - Aplicação tópica de flúor gel.
- 34 - Atividades em Sala de Espera.
- 35 - Visita Domiciliar

Fonte: Instrumento de coleta de dados da investigação.

Na equipe U, apenas 12% das ações de prevenção não são realizadas (gráfico 2). Este percentual diz respeito, basicamente, a ações educativas ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Distribuição das ações de prevenção realizadas pela equipe U, freqüência de realização, julho/2008.

Número de resposta - Prevenção



LEGENDA

- 10 - Ações de acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população.
- 11 - Ações de Incentivo ao aleitamento materno.
- 12 - Ações educativas com a comunidade para informar e sensibilizar quanto ao uso abusivo de álcool e drogas.
- 13 - Ações educativas com a comunidade para informar e sensibilizar sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e o risco da poluição tabagística ambiental.
- 14 - Identificação de situações de violência sexual e doméstica, atuando de alguma forma.
- 15 - Ações educativas ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito.
- 16 - Busca ativa para detecção de novos casos de hipertensão arterial sistêmica na população.
- 17 - Busca ativa para detecção de novos de tuberculose.
- 18 - Busca ativa para detecção de casos novos de Diabetes Mellitus.
- 19 - Ações para detecção de novos casos de Hanseníase.
- 20 - Notificação dos agravos de notificação compulsória.
- 21 - Investigação dos agravos de notificação compulsória.
- 22 - Notificação negativa.
- 23 - Notificação, investigação de óbitos maternos e infantis.
- 24 - Ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária.
- 25 - Ações para identificação de situações de risco em idosos.
- 26 - Vacinação de rotina do calendário básico dos programas nacional e estadual.
- 27 - Vacinação em campanhas.
- 28 - Busca ativa de faltosos para vacinação.
- 29 - Distribuição de preservativos e métodos contraceptivos.
- 30 - Levantamento epidemiológico em saúde bucal.
- 31 - Escovação supervisionada.
- 32 - Bochecho com flúor.
- 33 - Aplicação tópica de flúor gel.
- 34 - Atividades em Sala de Espera.
- 35 - Visita Domiciliar

Fonte: Instrumento de coleta de dados da investigação.

- **Organização das ações**

Segundo relatos dos profissionais, a maior parte das ações desenvolvidas pela equipe R são organizadas em função dos grupos prioritários estabelecidos na política nacional de atenção básica e dos programas do Ministério da Saúde (Hiperdia, Saúde do Idoso, etc). Mas as informações colhidas através do questionário de satisfação do usuário (aplicado pela equipe R), da análise das informações do SIAB e da escuta no Conselho Local, servem, eventualmente, de orientação para a mudança em algumas situações como marcação de consultas e para organização de palestras informativas pontuais. As ações de promoção à saúde e de prevenção são ditas como de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida da população, mas não são priorizadas.

São todos aqueles programas previstos dentro da estratégia de saúde da família. Os programas de hiperdia, planejamento familiar, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, pré-natal. A comunidade tem muito problema de saúde, e a gente se organiza para fazer algumas palestras. A marcação de consultas, a gente viu pelo questionário que não estava bom, a gente mudou a forma de fazer (Médico, equipe R).

A gente não prioriza muito os problemas que a gente identifica. A gente faz mais os programas. Programa de tuberculose, vou falar os que nós temos aqui, certo? Nós temos todos os programas do Ministério. Programa de hipertensão, diabetes, planejamento familiar, pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança, teste do pezinho, pediatria, preventivo, puericultura. A gente desenvolve essas ações por que está determinado pelo Ministério da Saúde. Nós temos uma norma a ser seguida, que é a norma do Ministério da Saúde. Mas a gente também escuta a comunidade e tenta pensar ações para os problemas. Agora que o Conselho Local de Saúde foi empossado, a gente já consegue, junto com o conselho de saúde, que várias pessoas da comunidade, que várias pessoas aqui da comunidade entendessem a importância de construir uma fossa na porta de casa, para aquela água não ficar escorrendo para a rua. (Enfermeiro, equipe R).

A organização das atividades desenvolvidas pela equipe U se aproxima da lógica da equipe R no que diz respeito à organização das atividades de diagnóstico e assistência (ações organizadas em função dos programas do MS e da política nacional de atenção básica). Em relação às atividades educativas continuadas com grupos específicos, em escolas e com a população em geral (que são ações que a equipe R não realiza), são organizadas, como explicitadas nos trechos das

entrevistas abaixo, considerando os seguintes critérios: a) informações do SIAB (mesmo que a análise seja realizada com pouca frequência e restrita a alguns profissionais); b) problemas identificados na rotina do atendimento clínico; ou problemas trazidos pelos ACS. As atividades que a equipe organiza e percebe como sendo prioritárias e de maior impacto para a resolução dos problemas identificados são as atividades de promoção à saúde, mais especificamente as de educação em saúde continuadas com determinados grupos populacionais (pacientes com hipertensão; pacientes com diabetes; idosos; gestantes; adolescentes).

Todos os programas a gente desenvolve aqui, todos que devem ser desenvolvidos de acordo com o Ministério da Saúde. De criança, de gestante, hipertenso, diabético. Atividade com adolescentes, tem grupo. Tem grupo de adolescentes, hipertenso, diabético e gestante. O grupo de gestantes é mensal, o de adolescentes é quinzenal nas escolas, e dos hipertensos e diabéticos é semanal. E a reunião da equipe é mensal [...] (ACS, equipe U).

Um dos nossos principais problemas, e que é uma de nossas prioridades é a questão da saúde reprodutiva com os adolescentes. A gente faz, toda a equipe, um trabalho nas escolas. Você já percebe eles vindo mais ao posto, procurando camisinha. A questão de hipertensão e diabetes que a gente trabalha no Projeto Qualidade de Vida. Cada comunidade tem os seus problemas, aqui é muito comum. Temos uma maioria de hipertensos idosos que são analfabetos, que geram uma dificuldade a mais para o uso de remédios, às vezes usam várias drogas, a gente faz caixinhas separadas. A questão da saúde bucal também, é uma dívida que o sistema de saúde tem com a população [...] a gente desenvolve essas ações por que temos a consciência de que só o atendimento individual não vai surtir o efeito maior que a gente espera que é a mudança na comunidade. As pessoas ficam mais alertas com a informação, podem se ajudar, ajudar ao outro, a gente cria uma relação de confiança com a comunidade (Médico, equipe U).

As diretrizes e atividades do modelo de Vigilância da Saúde e da Estratégia de Saúde da Família (territorialização, análise da situação de saúde, planejamento local, etc), foram pensadas, essencialmente, para a identificação das reais necessidades de saúde da população para a organização de ações mais efetivas, invertendo a lógica de organização de ações por programas. O que se percebe, ainda, é um distanciamento dessa lógica para a organização das ações das equipes.

4.2.3 Relações técnicas e sociais

Nas relações de trabalho da equipe R existe um consenso da necessidade de um profissional assumir o comando. Este comando é assumido pelo enfermeiro, e legitimado pelos integrantes da equipe. Todos os profissionais, ao serem questionados sobre a hierarquia na equipe, relataram existir hierarquia, sendo esta essencial para a organização e bom andamento do trabalho na unidade de saúde, apontando o enfermeiro enquanto liderança. Nesta equipe, o enfermeiro assume as funções de coordenador da unidade, supervisor dos ACS, além das atividades de assistência.

Existe hierarquia, não existe uma ditadura, nem autoritarismo, mas hierarquia tem que existir. Como eu te disse, como supervisor, coordenador e enfermeiro da ESF é ele quem está administrando tudo [...] Mas tudo é democrático, tudo ele compartilha e temos liberdade (ACS, equipe R).

Todo mundo mandar não dá certo. Existe hierarquia, e aqui quem é o coordenador é enfermeiro. Todo mundo se reporta a ele, inclusive eu. Se eu chegar mais tarde por algum motivo eu ligo para ele e justifico. Eu não saio duas horas mais cedo e vou para outro lugar. Tem que ter hierarquia. Mas tem que ter hierarquia como a nossa, com respeito, harmonia e profissionalismo (Médico, equipe R).

Os dados referentes à hierarquia da equipe U revelam que, diferente da equipe R, existe um revezamento, entre os profissionais de nível superior, na responsabilidade de coordenar os trabalhos da equipe e administrar a unidade de saúde, não havendo uma figura que centralize e represente essa hierarquia. Cada profissional assume a coordenação/administração pelo período de um mês. Apenas o papel de instrutora/supervisora dos ACS se mantém sob a responsabilidade unicamente da enfermeira. Pelo fato de não haver uma figura única que represente a liderança, alguns profissionais relatam não haver hierarquia na equipe.

Na verdade não existe hierarquia. Na verdade todos são coordenadores, um mês sou eu, outro o médico, no outro a enfermeira. Agora a gente decidiu que além do revezamento cada um vai ficar responsável por um setor, por exemplo, eu vou ficar responsável pelo expurgo, tudo que tiver em relação a esse setor eu resolvo e respondo. A hierarquia é compartilhada. Mas todo mundo respeita isso (Odontóloga, equipe U).

De acordo com as entrevistas das duas equipes, as decisões são tomadas coletivamente em reuniões conduzidas pelo profissional de enfermagem. Todos os profissionais entrevistados relatam influenciar nas decisões tomadas pela equipe. A única diferença entre as equipes estudadas, é que, na equipe U, as decisões que dizem respeito às atividades desenvolvidas pela equipe (assistência e educação em saúde), como pontuado anteriormente, são elaboradas inicialmente pelos trabalhadores de nível superior, e compartilhadas com a equipe para a decisão final.

Sempre decidimos em reunião. Tem uma reunião sexta-feira de equipe. E aí o enfermeiro, como enfermeiro e coordenador, mas que não é um ditador, conduz. A gente bola o que vai fazer e a melhor maneira de estar desenvolvendo aquelas ações. Se você impõe, talvez não seja a melhor solução, e quando você começa a propor, a ir buscar, como fazer o melhor pelo outro aí dá certo [...] Eu influencio sim. Hoje mesmo, você que chegou na unidade percebe o grande problema de espaço que nós temos, não temos recepcionista. Você chega na recepção de manhã está aquela agonia. Se eu puder fazer alguma coisa para ajudar eu estou fazendo, para amenizar [...] (ACS, equipe R).

Na maioria das vezes as decisões são tomadas pelos profissionais de nível superior, aí eles trazem para a gente nas reuniões mensais para a gente ver se concorda ou não e dar sugestões. Mas tudo eles compartilham, nada eles decidem sozinhos (Técnica de enfermagem, equipe U).

A observação das relações estabelecidas pelos membros da equipe R, no período da coleta de dados, e os achados das entrevistas, revelaram que as relações são aparentemente harmônicas, cooperativas e respeitadas. Foi possível observar, por exemplo, momentos em que o enfermeiro, percebendo que a técnica de enfermagem estava com um grande número de crianças para pesar e vacinar, dividir o trabalho com ela. Aparece, em quase todas as entrevistas, a referência da equipe enquanto uma “família”. Consideram que os conflitos existem, apesar de poucos, e são assumidos como fazendo parte de um processo de trabalho em grupo, sendo explicitados e resolvidos em reuniões de equipe ou reuniões menores entre os membros envolvidos, como mostram os trechos das entrevistas abaixo:

Como qualquer boa família, de vez em quando temos algum desentendimento, pois todos nós somos humanos. Temos nossos defeitos e nossas qualidades. E de vez em quando acontece alguma coisa entre alguém e a gente fala, conversa. Sou muito aberta, se eu fizer alguma coisa errada por favor fale, pois ninguém é cem por cento (ACS, equipe R).

Eu considero uma relação muito boa, inclusive eu trabalhava em outra unidade que era emergência e chegou um determinado momento que eu tive que decidir onde eu iria ficar, e eu não pensei duas vezes decidi ficar aqui, justamente por causa da equipe, é muito bom trabalhar em equipe, somos uma família. Assim como todos os irmãos existem as desavenças sim, só que a gente tem toda liberdade de sentar com o outro, conversar e esclarecer. Nesse momento, mesmo que a outra técnica esta de férias, eu não me sinto sozinha, por que a gente procura sempre um ajudar o outro. (Técnica de enfermagem, equipe R).

A relação profissional é uma relação profissional. Cada um tem seu espaço, e dentro disso que é respeitado, de uma forma bem democrática todos participam. Eu te digo que existem poucas equipes onde o profissional médico e o enfermeiro se entendam tão bem quanto nós nos entendemos. Porque aqui não teve aquele ranço de “eu não gosto de enfermeiro porque é chato que fica cobrando. Ou eu não gosto de médico porque médico se acha o porretão”. Nós temos um relacionamento de confiança, de solidariedade. Toda a equipe, você deve ter percebido, temos uma relação bastante aberta. Claro que temos o limite do respeito, mas temos boa relação [...] (Médico, equipe R).

Sobre o relacionamento interpessoal dos profissionais da equipe U, as respostas sugerem que o relacionamento é considerado bom, havendo um problema de relacionamento específico entre duas profissionais de nível médio. O que não é apontado como algo que interfira no relacionamento dos outros profissionais, nem no andamento do trabalho da equipe.

As relações são boas. São todos unidos, combinam um com o outro. Existem alguns problemas, por que tem sempre umas pessoas que querem ser mais do que os outros. Isso existe em todo o trabalho. Isso a gente nem liga (ACS, equipe U).

Acho que a gente procura ter uma relação boa. Temos problemas pontuais com alguns profissionais. Mas a média, dá para levar na melhor paz. Temos duas funcionárias que sabidamente tem problemas psicológicos, e elas não se afinam muito bem, de vez em quando sai uma briga. A gente leva uma para um lado, abraça, conversa. Não temos problema de comunicação mais grave (Médico, equipe U).

As observações registradas em diário de campo sugerem que, no momento da pesquisa de campo, existia uma relação mais estreita de cooperação entre os profissionais de nível superior, que utilizavam o almoço (almoçavam juntos) como momento de conversa sobre questões do atendimento clínico e problemas interpessoais.

Os profissionais das duas equipes apontaram como facilidade para o desenvolvimento do trabalho a união e o bom relacionamento da equipe. Citaram, ainda, como facilidade para o trabalho, o fato do PSF proporcionar um contato mais

próximo com a comunidade. Ao contrário da equipe R, o espaço físico da unidade é apresentado como facilitador das atividades da equipe U, que pode realizar ações antes não realizadas como preventivo de câncer cérvico-uterino, curativo e atividades educativas com grupos específicos (gestante, idosos, portadores de hipertensão e de diabetes). Outra facilidade apontada pela equipe U, que não aparece na equipe R, foi a credibilidade da equipe perante a comunidade pelo fato de serem, segundo relatos, resolutivos nos atendimentos clínicos e por trabalharem com grupos de educação em saúde.

As dificuldades mencionadas pelos trabalhadores da equipe R para o desenvolvimento das atividades dizem respeito aos seguintes aspectos: falta de recursos humanos, mais especificamente a ausência de funcionários para a recepção; espaço físico reduzido da unidade de saúde, o que estaria dificultando a realização de atividades como sala de espera e atividades de educação em saúde continuadas com grupos específicos (gestante, adolescente, idoso, etc.); lentidão do nível central na reposição de materiais de consumo e problemas com a empresa de manutenção da unidade que é terceirizada.

Dificuldades, do que nasce da própria equipe eu vejo poucas dificuldades. As dificuldades são mais as que vêm de fora. Algumas coisinhas que eu acho que não podem acontecer em Camaçari. Que é um município que tem dinheiro. Tem mais de dois meses que o enfermeiro pediu carimbo e bloco de receita e até agora não chegou. Que os prazos sejam cumpridos, principalmente de coisas simples. Tem que existir um compromisso. Da mesma forma que eu tenho um compromisso com quem está acima de mim, eu não preciso que o coordenador me diga que eu tenho que cumprir o meu horário, esse é o compromisso que eu tenho com a comunidade, mas é preciso que eles também tenham compromisso com a gente. A manutenção é terceirizada, mas eles têm que cobrar de quem é terceirizado. O banheiro está quebrado aqui há muito tempo e ninguém vem concertar [...] A dentista deixou de atender no consultório por causa do mofo, mas porque ela é alérgica, demorou o concerto [...] (Médico, equipe R).

Sobre as dificuldades para o desenvolvimento das atividades para a equipe U, sete trabalhadores mencionaram a dificuldade de conseguir, junto ao nível central do município (coordenação da atenção básica), materiais de consumo e recursos financeiros para a realização de atividades educativas (feiras de saúde, café da manhã com grupos de trabalho, etc.). Além desta dificuldade, foram colocadas as

seguintes: resistência da população com as atividades de prevenção, estando acostumados com as ações curativas; e reuniões convocadas pelo nível central, comunicadas para a equipe sem a antecedência necessária, o que desorganiza a rotina de trabalho.

Ao serem perguntados como se sentem em relação ao seu trabalho na ESF, todos os profissionais da equipe R relataram se sentir gratificados e realizados com o trabalho. Eles justificam esses sentimentos de maneira diferente. Três profissionais (médico, enfermeiro, ACD) atribuem o sentimento de realização ao fato de se sentirem parte de uma equipe, as três ACS atribuem ao fato de poderem ajudar a comunidade e as outras duas profissionais simplesmente gostam do que fazem (dentista e técnica de enfermagem).

Eu me sinto gratificado. Pelo fato de que eu estou aqui, aqui não sou uma pessoa diferente dos outros, eu sou parte de uma equipe. As pessoas me vêem como parte de uma equipe e as vejo como uma equipe. Então, se você começa a criar barreiras emocionais, interpessoais no dia a dia, você não vai se dar bem em lugar nenhum, pois o problema muitas vezes está em você. Se você aprende a se relacionar, abre mão das suas vaidades. Com todos os funcionários eu brinco, a gente se respeita. É um ambiente muito bom (Médico, equipe R).

Eu estou aqui para somar, para ajudar a comunidade. Muitas vezes eu me sinto frustrada quando não consigo resolver os problemas da comunidade. Estou aqui para ajudar e aprender. Eu me sinto fazendo parte da vida, me sinto bastante útil. Aprendendo com as pessoas mais velhas da comunidade (ACS, equipe R).

O sentimento que parece predominar nas entrevistas da equipe U, com relação ao trabalho no PSF, é o de se sentir útil para a comunidade, mais próximo desta. O que possibilita a criação de vínculos, fato que não acontece frequentemente em outras modalidades de atenção, como mostra o seguinte relato.

Me sinto bem. Eu vim da unidade básica, na unidade básica o trabalho é diferente do PSF. Eu cheguei aqui e eu me senti bem, de trabalhar com a comunidade, com a família, próxima a ela. A gente tem mais contato com eles. Isso daí eu me identifiquei bastante, na unidade básica tradicional você não constrói vínculo com a comunidade. De estar buscando ele através dos ACS. Na unidade básica não, ninguém se importa. Eu estou satisfeita com a minha mudança para o PSF (ACD, equipe U).

5 DISCUSSÃO

Nesse estudo foi possível analisar as práticas de saúde das equipes de saúde da família, segundo o modo tecnológico da Vigilância da Saúde. Mesmo considerando os limites de generalização de uma investigação a partir de estudo de caso, a presente pesquisa gera questões para o debate das práticas de saúde, além de apontar caminhos para investigações mais aprofundadas, que digam respeito aos elementos que interferem na mudança das práticas de saúde.

Importante pontuar, ainda, que o período da realização da coleta de dados, pode ter funcionado como um limitador de algumas respostas às questões da entrevista, pois a coleta aconteceu em um ano de eleições municipais, período comprovadamente difícil, onde tudo gira em torno da política eleitoral. Nesse período, segundo os entrevistados, as equipes reduziram as suas atividades extramuros (na comunidade), devido ao uso político que algumas lideranças comunitárias tendem a fazer nesses momentos. Esse fato dificultou a observação dessas atividades. Alguns profissionais de saúde das equipes, antes das entrevistas, pediam a pesquisadora para explicar em detalhes e exaustivamente, o propósito do estudo, quem era a autora e qual a sua vinculação com a prefeitura do município. Diziam, explicitamente, do receio de falar certas coisas nesse momento eleitoral.

A análise aqui apresentada segue a mesma sequência da exposição dos resultados - objetos da prática, instrumentos de trabalho, atividades e relações técnicas e sociais.

- **Os objetos de Trabalho**

Retomando o que já foi apresentado na revisão bibliográfica e nas teorias utilizadas nesta pesquisa, viu-se que, os modelos de atenção à saúde requeridos pelo SUS, implicam em práticas que tomem como objeto os problemas de saúde da população e seus determinantes, ampliando o olhar do indivíduo para o coletivo, e da doença no corpo para as condições de vida e de trabalho da população. O objeto

das práticas de saúde, como alertaram Mendes-Gonçalves e Donnangelo, é um objeto social, relacionado com as estruturas econômicas e político-ideológicas de uma sociedade, e como tal deve ser compreendido. Essa perspectiva de compreensão do objeto, que é também a compreensão da prática de saúde, pode mudar radicalmente a forma de se pensar e fazer saúde. Este objeto deixa de ser um corpo biológico, neutro, para ser um conjunto de necessidades socialmente produzidas, que devem ser apreendidas e transformadas através de ações de promoção, prevenção e cura.

Historicamente a prática de saúde, principalmente a prática médica, tem considerado enquanto objeto privilegiado de suas intervenções a doença no corpo, desconsiderando a sua determinação social. Considerar o objeto da prática tendo em conta a sua determinação social, se torna estratégico para pensar em mudança de práticas e de modelos de atenção, fato que a Vigilância da Saúde e a Estratégia de Saúde da Família assumem nas suas diretrizes.

O que as evidências do presente estudo permitem afirmar é que o objeto **privilegiado** das práticas das equipes de saúde investigadas, permanecem sendo a doença no corpo. Esta afirmativa pode ser verificada quando, nas entrevistas das equipes, os profissionais identificam as doenças e agravos enquanto objeto de trabalho. Os determinantes sociais aparecem só quando a discussão é provocada pela pesquisadora. Mas, apesar de reconhecidos, não são tomados como objeto de intervenção privilegiado. Parece que as ações que poderiam se relacionar com as condições de vida da população, como as atividades de educação em saúde continuadas com grupos prioritários, são realizadas mais em função do cumprimento de normas, do que decorrente de uma possível mudança de compreensão do objeto.

Os resultados revelam que a Estratégia de Saúde da Família permite uma aproximação e reconhecimento, por parte das equipes, das características culturais e condições de vida e trabalho da comunidade adscrita. Mas isso não garante práticas voltadas para esses aspectos, pois os profissionais não se sentem preparados, não possuem habilidades técnicas, meios materiais e não materiais para lidar com essa realidade. Esse também foi um achado em pesquisa realizada por Medina (2006), que levantou como possível motivo para a não consideração

desses elementos sociais nas práticas, o fato dos profissionais não serem preparados para lidar com o que chama de *complexidade das situações vivenciadas* na atenção básica.

Tanto a não identificação das condições de vida enquanto objeto, quanto o reconhecimento destas condições, porém sem incorporação como objeto de intervenção, podem estar associados, como os próprios sujeitos do estudo apontam, aos problemas que giram em torno da formação profissional. Formação esta que tem como características a ênfase na biomedicina e fisiopatologia com alto grau de especialização. Cordeiro (2000) pontua que, se os limites da educação médica não forem revistos, as distorções da prática em saúde serão perpetuadas.

Contudo, vale ressaltar que, mesmo iniciativas mais avançadas na graduação e pós-graduação de cursos de saúde, não são suficientes, por si só, para produzirem mudanças. Isso porque mudança de modelo de atenção e de prática implicam, também, em alterações em dimensões para além da formação. Implicam em mudanças políticas, no que diz respeito, principalmente, as relações de poder na sociedade; em mudanças na gestão e mudanças ideológicas (AQUINO, 2006).

Reis e Hortale (2004), Matumoto e outros (2005) e Aquino (2006), agregam outros elementos a essa discussão, quando afirmam que os processos de ensino-aprendizagem (em nível de pós-graduação ou de capacitação em serviço), isoladamente, não garantem uma mudança de prática se não estiverem associadas a um processo de supervisão contínua e a uma política de educação permanente. Talvez essa seja uma saída para reduzir uma sensação, que foi possível perceber neste estudo, de haver uma lacuna entre o saber e o fazer.

Segundo Reis (2001), a educação permanente seria a estratégia de formação de profissionais para equipes de saúde da família, porque aponta para o processo de trabalho como eixo do processo educativo, e ao mesmo tempo como fonte de conhecimento e objeto de transformação. Contribuindo assim, para mudança de consciência de uma visão restrita a cura, biologicista e individual para uma visão integral do processo de trabalho, ligados à promoção da saúde. A supervisão se apresenta como dispositivo, uma ferramenta da educação permanente, capaz de

provocar a quebra de padrões de práticas incorporados ao longo do processo histórico. Elemento viabilizador da política de saúde, no momento em que repassa conceitos, redefine procedimentos e permite a reflexão sobre a prática e os seus elementos constituintes: o objeto de trabalho; as relações técnicas e sociais; atividades e instrumentos (MATUMOTO et al, 2005; REIS e HORTALE, 2004).

Outro aspecto importante, que apareceu nas entrevistas durante as questões sobre o objeto de trabalho, diz respeito à organização do sistema de serviços de saúde. Mais especificamente sobre a organização e relação entre o serviço de atenção a saúde mental e a atenção básica, referida por uma das equipes. Na proposta de reabilitação psicossocial (onde esta prevista a reintegração social de portadores de transtornos mentais a família e comunidade), que orienta a Reforma Psiquiátrica Brasileira⁵, a atenção básica e atenção psiquiátrica estão em estreita vinculação. Um dos princípios que orientam a reforma psiquiátrica é a articulação e integração entre os serviços especializados e aqueles que compõem a rede básica de saúde. Segundo Nunes, Jucá e Valentim (2007), na prática essa articulação tem sido difícil de acontecer, pois de um lado a política de saúde mental encontra dificuldades para operacionalizar uma rede de cuidados, e do outro lado existe a incipiência ou inexistência de ações de saúde mental no PSF. Brêda e outros (2005) pontuam que a maior dificuldade está em uma contradição relacionada ao PSF e a proposta da Reforma Psiquiátrica, que é o caráter vertical e normativo/prescritivo de cada programa, dificultando a articulação das práticas e adequação da assistência as realidades locais. O que implica quase que em uma reforma psiquiátrica acontecendo paralela ao SUS, e não como parte deste. Na perspectiva de superar as dificuldades, Brêda e outros (2005) propõem a criação de novas tecnologias de cuidado que levem a reconstrução da complexidade do objeto da prática de saúde.

⁵ No Brasil, a Reforma Psiquiátrica confunde-se com o movimento pela Reforma Sanitária. A luta pela redemocratização, por uma saúde pública mais equânime e universal, esteve, inicialmente, caminhando junto com a busca por uma assistência psiquiátrica mais humana (CAVALCANTI, 2008). A proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira se sedimenta sobre os pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e da consolidação de bases territoriais do cuidado, com uma rede assistencial que se inicia na atenção básica (NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007). Uma das estratégias do Ministério da Saúde para reorientar a assistência em saúde mental, em função dos novos pressupostos, foi a implantação de serviços de saúde mental comunitários, denominados Centros de Assistência Psicossocial (CAPS). Existem diferentes modalidades de CAPS como os CAPSad (para portadores de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas) e CAPSi (para crianças e adolescentes) (CAVALCANTI, 2008).

A despeito dessa dificuldade de articulação entre práticas e serviços, existe, ainda, o despreparo dos profissionais para lidarem com os aspectos que dizem respeito a uma dimensão mais subjetiva, psicológica. Para Franco, Bastos e Alves (2005), considerar a dimensão psicológica é condição indispensável à efetivação de uma atenção integral, e precisa ainda ser incorporada a prática de saúde, principalmente a prática médica. Essa incorporação deve ser feita considerando a dimensão subjetiva como um componente da prática, e não como algo que está fora desta, até porque esta dimensão faz parte do *ser humano*, como bem identifica um dos entrevistados.

- **Atividades e Instrumentos de Trabalho**

Segundo Paim (1994), a territorialização é condição fundamental para as práticas programáticas, pois dessa forma é que se podem planejar ações a partir das necessidades locais de saúde, alterando a lógica de programas verticais e descontextualizados. No presente estudo, as evidências permitem afirmar que o processo de territorialização aconteceu com a delimitação das áreas de abrangência e microáreas. Porém, as equipes não têm informações sobre como se deu o processo de territorialização e que critérios foram utilizados para delimitação do território. Nem mesmo as ACS, que, na sua maioria, estão desde o início da formação das equipes, sabem informar sobre tais critérios. O que traz elementos para pensar que a apropriação do território não é tomada como atividade estratégica para a reorientação das práticas. Copque e Trad (2005), analisando a implantação do PSF em dois municípios baianos, através de estudo de casos, constataram que todos os profissionais participaram do processo de reconhecimento do território, mesmo assim, essa prática não foi suficiente para subsidiar as ações da equipe, o que reforça a evidência da não compreensão da atividade de territorialização como estratégica para a mudança das práticas.

Esses aspectos tornam-se mais evidentes quando se analisa a utilização dos instrumentos para territorialização. Pode-se afirmar que estes instrumentos foram incorporados pelas equipes de forma muito incipiente, o que pode ser observado

pelo cadastramento incompleto ou não atualizado das famílias da área de abrangência; pela construção do mapa sem considerar os aspectos epidemiológicos e pela não utilização do mesmo ou, quando utilizado, é para restringir o atendimento na unidade, ou seja, funciona como um obstáculo ao acesso. Esse fato pôde ser observado numa das equipes, onde o mapa serve para checar se o usuário pertence ou não a área de abrangência – ser morador da área de abrangência é o passaporte requerido para ter acesso ao atendimento.

Tais achados da pesquisa reiteram os da avaliação normativa realizada pelo Ministério da Saúde, onde aproximadamente metade das equipes de saúde da família estudadas não utilizavam o mapa como ferramenta de expressão da apropriação do território (BRASIL, 2004). Diferente destes, Medina (2006) pode afirmar que a implantação do PSF foi capaz de promover, independente de fatores contextuais, a incorporação de procedimentos técnicos relacionados à territorialização. Porém reitera a presente investigação no que se refere à lógica do mapeamento não considerar o conceito de risco. A lógica de delimitação de microáreas de risco se justifica pelo entendimento que o território não é homogêneo nem simétrico; os grupos sociais se distribuem de forma distinta, com realidades de vida distintas e por isso com problemas e necessidades distintos (MENDES et al, 1993). O mapeamento desta realidade permite que a equipe possa planejar ações mais efetivas sobre o seu território e colocar em prática o conceito de equidade.

Outro aspecto que merece discussão é o dimensionamento inadequado entre equipe e população. Nas equipes investigadas o número de ACS não é suficiente para cobrir toda a área de abrangência, o que tem como consequência um número significativo de famílias não acompanhadas pelos ACS. Na equipe R, pelo número de famílias, se faz necessária outra equipe. Essa questão do dimensionamento inadequado entre equipe e população vem sendo evidenciado por diversos estudos (CONILL, 2002; CONILL, 2008; COPQUE e TRAD, 2005), apontando como consequências: problemas no acesso da população aos serviços pela sobrecarga de demandas para as equipes; grande insatisfação da população residente nas áreas não cobertas pelo programa; e dificuldade de realização de atividades de promoção e prevenção. Nas recomendações da avaliação realizada sobre o PSF em dez centros urbanos, está a de redução do número famílias adscritas em função do

grande leque de atividades da estratégia, para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção prestada à população (CONILL, 2008).

Ainda em relação à apropriação do território, os dados apontam que este não é considerado como revelador de problemas a serem trabalhados pela equipe de saúde, mas, paradoxalmente, os profissionais são capazes de identificar problemas no território que ameaçam suas vidas, dificultam o seu trabalho e impedem que a população tenha acesso a ações de saúde, a exemplo da violência relacionada ao tráfico de drogas, relatada por uma das equipes.

Tal paradoxo revela os limites para apreensão de problemas mais relacionados à esfera social e, ao mesmo tempo, indica a alienação dos trabalhadores em relação ao seu papel e responsabilidade social com a saúde da população. Esta omissão dos trabalhadores da saúde, além de não contribuir para a minimização do problema; acentua a ausência do Estado nessas áreas críticas. Esta omissão - ausência do Estado onde sua presença seria imprescindível para garantir o acesso a bens e serviços do contingente da população socialmente excluída, condição que está na gênese da violência, amplia e perpetua as violências e aprofunda a exclusão social (COSTA, 2005).

- **Análise da Situação de Saúde**

A limitada apropriação do território, por parte das equipes, parece estar relacionada, também, a pouca capacidade para análise da situação de saúde. Esta análise é considerada uma das tecnologias que a equipe de saúde da família deve recorrer para dar conta de se apropriar do território e reorientar a sua prática de acordo com o modo tecnológico da Vigilância da Saúde. Dentro desta perspectiva, a equipe deve fazer um levantamento da situação de saúde da população adscrita, em conjunto com a população, levando em consideração os aspectos epidemiológicos, sociais, econômicos e culturais. Para isso, poderia lançar mão dos sistemas de informação em saúde (SIAB, SINAN, etc), dos prontuários da unidade e de oficinas com a comunidade. Um dos objetivos da análise é a identificação e compreensão da gênese dos problemas de saúde da população, ou seja, entender a relação desses

problemas com as condições de vida e características dessa população, para subsidiar a organização das ações da ESF.

Nos dois casos investigados fica evidente que a análise da situação de saúde se apresenta como uma atividade realizada pelo enfermeiro, reduzida ao levantamento de informações de doenças e agravos através do SIAB, com pouca participação dos profissionais das equipes e nenhuma participação da população. Afirma-se, também, que o conteúdo dessa análise é pouco incorporado a prática das equipes, seja para orientar a organização das ações, seja para subsidiar a avaliação. Achado semelhante ao de Medina (2006), em um dos municípios estudados.

A justificativa dada pelos entrevistados para a não incorporação da análise da situação a prática é o acúmulo de trabalho de assistência clínica individual, em função do número de famílias que utilizam a unidade, o que remonta a questão discutida anteriormente sobre a inadequação do número de equipes e ACS ao número de famílias atendidas. Tal justificativa, no entanto, confirma que a equipe atende por pressão da demanda espontânea em detrimento da oferta organizada de serviços e ações de saúde.

Essa redução da análise da situação de saúde e não participação da população no processo (como também na territorialização), coloca em discussão alguns elementos que são caros e fundamentais para a reorganização das práticas no sentido do modelo de Vigilância da Saúde. Isto porque o processo saúde-doença resulta das condições objetivas de existência e de inserção no processo de produção social, portanto deveria ser apreendido e analisado como tal. Sendo assim, a análise da situação de saúde não se faz apenas com informações sobre doenças e agravos, mas sim a partir da compreensão da complexidade dos processos determinantes das condições de saúde, a partir, também, da visão da população (MENDES, 1993).

Essas evidências empíricas podem indicar, ainda, a dificuldade dos trabalhadores da saúde dessas unidades em incorporar/utilizar estratégias e instrumentos de trabalho que revelam a articulação da saúde com a sociedade. A

redução da saúde à ausência de doenças, que leva a concepção dos indivíduos como corpos anátomo-fisiológicos, parece impedir a percepção das outras dimensões da vida e da saúde da população. Daí a dificuldade de apreender outros objetos e de lidar com as estratégias e instrumentos capazes de fazer esta apreensão ampliada do processo saúde/doença.

Tal condição é reforçada pela forma como os dados e as informações são trabalhadas pelas instâncias de coordenação municipal, uma vez que não há retorno, por parte da coordenação da atenção básica, das informações alimentadas no SIAB pelas equipes. Situação semelhante foi encontrada por Camargo Jr. e outros (2008), em estudo realizado com ESF em trinta e um municípios de Minas Gerais, onde apenas em sete dos municípios investigados havia retorno da informação para as equipes de saúde da família. Isso descaracteriza e desestimula o trabalho coletivo a partir das informações e constrange a utilização dos sistemas de informação como estratégia para estimular o processo de tomada de decisão e de avaliação (FERREIRA, 2003). Assim, o registro e fluxo da informação se reduz à alimentação dos bancos para registrar produção de serviços e ações na perspectiva puramente contábil para assegurar o repasse de recursos das outras esferas de governo.

- **Planejamento**

Os depoimentos das equipes indicam que o planejamento é incorporado enquanto previsão e programação das atividades, porém não há indícios de que esse planejamento seja construído tendo em conta a realidade local e com a participação popular. Parece haver avanços no que diz respeito à criação de espaços coletivos para programação, já que todos os profissionais indicam o momento da reunião de equipe como espaço privilegiado de programação de atividades. Essas evidências estão de acordo com estudos realizados por Copque e Trad (2005) e Brasil (2004).

Vale salientar que a potencialidade do planejamento, enquanto cálculo que precede e preside a ação (MATUS, 1993), é ampliada e consolidada quando a

avaliação está incorporada como parte desse processo. Nos casos do estudo, as equipes consideram que avaliam as ações, sendo que o que consideram enquanto avaliação é a explicitação oral das críticas e aspectos positivos das atividades realizadas, com o objetivo de aprimorar o trabalho, ou seja, é uma avaliação não sistematizada. O SIAB, por exemplo, não vem sendo utilizado como instrumento que fornece informações para avaliação. Um dos motivos para o não uso desse sistema de informação é que a coordenação municipal não dá o retorno às equipes das informações que são por eles alimentadas no sistema.

Silva e Trad (2005) tiveram achados semelhantes em investigação sobre prática de equipes de saúde da família. Os autores constataram que a avaliação se restringia aos produtos de trabalho, de maneira bastante informal, sem o uso de instrumentos; e que o preenchimento dos instrumentos do SIAB servia muito mais para atender aos compromissos com a coordenação municipal do que para organizar a dinâmica da equipe e readequar as atividades no sentido de dar respostas as necessidades de saúde da população. Dessa forma, assim como na presente investigação, o valor das informações geradas pelas equipes nem sempre são incorporadas à prática de trabalho.

Mesmo assim, a participação de todos os membros da equipe na programação das atividades é um avanço importante, sendo que na equipe U as atividades já vem organizadas pelos profissionais de nível superior. Este fato torna evidente a não participação dos profissionais de nível médio no momento de concepção do trabalho, o que remete a discussão das relações de poder técnico dentro de uma equipe e da divisão técnica e social do trabalho em saúde. Silva e Trad (2005) salientam que isto acaba comprometendo a construção do plano comum, pressuposto do trabalho em equipe - participação de todos os membros nos diversos momentos do processo de trabalho. Crevelim e Peduzzi (2005) vão ainda mais longe quando consideram que para a construção de um plano/projeto em comum faz-se necessário incluir os usuários no planejamento das ações. Na perspectiva da atenção integral à saúde e da democratização das relações de trabalho, segundo estes mesmos autores, os grupos sociais, os usuários, são vistos como participantes dos processos.

No entanto, esta participação ampliada no processo de tomada de decisão se constitui um desafio. Vários estudos apontam ausência de participação da população no que diz respeito à tomada de decisão sobre o seu próprio cuidado, tanto individualmente quanto coletivamente (CREVELIM E PEDUZZI, 2005; MATUMOTO, 2003;).

- **Natureza das ações desenvolvidas (promoção, prevenção, controle de danos)**

Coerente com o objeto de trabalho privilegiado pelas equipes, os resultados demonstram que as ações de controle de danos são as preponderantes em relação às ações de prevenção e promoção a saúde. No entanto, as evidências empíricas revelam que são realizadas ações de todas as naturezas (promoção, prevenção, cura), ainda que as ações de promoção sejam mais reduzidas em uma das equipes. Os estudos de Silva (2002) e de Silva e Trad (2005) obtiveram resultados semelhantes no que diz respeito à preponderância das ações de controle de danos. Porém, esses estudos apontam a realização de ações de promoção da saúde de forma muito precária ou quase inexistente, o que difere, em parte, dos achados da presente investigação, visto que uma das equipes apresentou percentuais expressivos de ações de promoção realizadas freqüentemente.

As evidências da presente investigação, reiterando as de outros estudos, (BRASIL, 2004; CONILL, 2002; SILVA, 2002), sugerem que as ações de prevenção já estão mais incorporadas ao trabalho das equipes de saúde da família, pois estas vêm apresentando alto percentual de realização.

É importante refletir se, de fato, a realização das ações de promoção, de uma maneira mais expressiva por uma das equipes, diz respeito a uma compreensão da determinação social do processo saúde-doença ou se são realizadas porque fazem parte da normatização do Programa de Saúde da Família. Visto que, as atividades e utilização dos instrumentos que poderiam demonstrar uma apropriação e incorporação, na prática, dessa compreensão, estão distantes do que pretende a estratégia. Todo o processo de territorialização, análise da situação de saúde e

planejamento desconsidera elementos cruciais para a reorientação de práticas e mudança do modelo de atenção, que são os aspectos ligados à situação econômica e modos de vida. Desconsidera a compreensão do processo saúde-doença como determinado socialmente.

Alguns estudos discutem a formação/qualificação dos profissionais de saúde como obstáculo para mudança de práticas (CONILL, 2002; MEDINA, 2006; NUNES, 1999; SILVA, 2002). Silva (2002) aponta fragilidades na capacitação das equipes, lembrando que a ausência de uma política de educação permanente, que envolva equipes e gestores, repercute negativamente no processo de reorientação do trabalho em saúde. Copque e Trad (2005) reforçam essa posição quando concluem que o fortalecimento de práticas norteadas pelo paradigma de promoção da saúde passa, necessariamente, pelo investimento na qualificação permanente dos profissionais de saúde e gestores de modo a produzir rupturas cognitivas e epistemológicas, conformando novas competências.

Para além dos processos formadores e de educação dos profissionais, autores ressaltam a importância e influência de fatores macropolíticos e conjunturais na mudança de práticas como: o baixo patamar do financiamento público; a persistência de fragmentação do sistema de saúde; a ausência de integração dos serviços de atenção básica ao sistema; a precarização do trabalho em saúde, entre outros (AQUINO, 2006; CONILL, 2008).

Vale ressaltar, ainda, que, apesar das ações de controle de danos terem um alto percentual de realização nas duas equipes, as intervenções em saúde mental (diagnóstico, encaminhamento e acompanhamento clínico), e ações sobre o acompanhamento do tratamento, pela referência, do usuário de álcool e drogas praticamente não são realizadas. Isso remete e reforça a discussão feita anteriormente sobre o objeto de trabalho, ficando evidente o despreparo dos profissionais para lidarem com as questões que envolvam uma dimensão mais subjetiva, psicológica. Algumas pesquisas apontam grande incipiência na realização de ações de Saúde Mental pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2004; NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007).

Na investigação de Nunes, Jucá e Valentim (2007), os profissionais relatam que se sentem despreparados para o manejo com o sofrimento mental, com o usuário de drogas. Essa discussão remonta a discussão sobre a dicotomia mente/corpo, sobre a neutralidade e racionalidade científica, historicamente legitimados pela primazia do paradigma positivista da ciência, que acabam por distanciar a prática médica e de saúde de questões sociais e psicológicas ligadas ao processo saúde-doença. Schraiber (1993), ao refletir sobre o trabalho médico, diz que o ato médico é produzido tendo por base a leitura e explicação que o médico faz da doença, orientado por normas biológicas, apreendidas e definidas pela ciência. O conhecimento científico das doenças se legitima como única explicação a ser considerada, por ser neutra e objetiva, este seria o pilar da racionalidade clínica.

Com relação às atividades de promoção à saúde desenvolvidas, percebe-se, quando se observa por tipo de atividade, que uma equipe realiza mais ações do que a outra, principalmente no que diz respeito a realização de grupos de educação continuada com populações específicas. Sobre esse aspecto emerge a discussão da estrutura física de uma das unidades como limitadora para o desenvolvimento de algumas ações. A equipe R não realiza essas ações com a justificativa da falta de espaço. Para reforçar essa justificativa, a equipe U pontua que a mudança da equipe para um espaço físico maior, possibilitou a realização desse tipo de atividade. Conill (2008), em artigo que reúne observações sobre estudos com relação à atenção primária e sobre o PSF, constata a existência de poucos trabalhos avaliando a estrutura física das unidades e a repercussão no trabalho das equipes.

Outro ponto que merece reflexão, diz respeito à proporção das atividades de promoção, prevenção e cura incorporadas nos documentos e portarias que orientam a organização do trabalho das ESF. Como pontuado em momento anterior, existe um número significativamente maior de ações de controle de danos do que de ações de prevenção e promoção da saúde. Esse fato pode ter alguma influência ou pode, de alguma forma, induzir a prática dos agentes na direção do biológico e do controle dos danos.

- **Organização das ações**

Os resultados encontrados nesta investigação demonstram que a não apreensão dos problemas de saúde de maneira ampliada, como objeto a ser transformado, provoca um distanciamento entre a lógica de organização das ações adotada pelas equipes da lógica orientada pela VISAU. A lógica da Vigilância da Saúde pretende superar o simples somatório das ações de promoção, prevenção e cura, e a tradicional organização do trabalho por programas verticais. A idéia nuclear é desenvolvimento de ações organizadas em função de problemas concretos, em territórios determinados, em uma perspectiva intersetorial (VILASBÔAS E TEIXEIRA, 2003).

No presente estudo constata-se que a maior parte das ações desenvolvidas são organizadas em função dos grupos prioritários estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica e dos programas do Ministério da Saúde (Hiperdia, Saúde da Criança, Planejamento Familiar, etc). Lógica semelhante foi percebida por Medina (2006), quando as evidências do seu estudo apontaram que a organização das ações, em determinado município, conduziu a um modelo voltado para o atendimento da demanda espontânea, ou seja, um modelo voltado para a adequação de ações a uma oferta pré-definida, onde a oferta de serviços não esta voltada para as necessidades de saúde da população. A velha questão da organização da demanda pela oferta de programas.

Essa questão é bastante discutida por Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), que chamam a atenção para o processo de naturalização das demandas e de imposição do cardápio de necessidades pelos serviços de saúde, o que descaracterizaria as necessidades sociais de saúde. À medida que os serviços de saúde propõem um cardápio de ações para o consumidor/usuário ele se torna contexto instaurador de necessidades. O serviço define que necessidades os usuários podem apresentar. As necessidades se apresentam como algo que se coloca por sobre os indivíduos, sem ter origem nos indivíduos e na sua condição de vida. Isso culmina no que os autores chamam de naturalização das demandas, elas parecerão sem história ou sem razão social, e apenas impulso ou propensão biológica. A organização e produção de serviços, que instauram necessidades,

obedecem a uma ordem de mercado e atende, de fato, à necessidade de poucos. Exclui a voz de muitos. As necessidades que surgem em decorrência da condição social, do modo de viver se descaracterizam e se reduzem a problemas biológicos.

Outro aspecto importante que esses autores fazem refletir, é que o modo com que a estratégia de saúde da família vem se estruturando, isto é, com um cardápio de atividades a serem realizadas (tanto de ações de promoção, prevenção e cura), apesar do avanço que isso representa e do potencial de mudança que tem a estratégia, muito pouco tem trazido de ruptura no plano da técnica de intervenção, no plano da política e da ética da produção de serviços, ou seja, do modelo de atenção à saúde. Tende muito mais a uma imposição de necessidades, tanto aos profissionais, quanto aos usuários.

Schraiber e Mendes-Goncalves (1996) pontuam, ainda, a importância da criação de espaços de emergência de necessidades junto à população na organização da produção e em razão dessa organização. E percebem a atenção primária à saúde como espaço privilegiado para o desenvolvimento de novas modalidades de atenção.

- **Relações técnicas e sociais**

Retomando a discussão sobre as relações técnicas e sociais e o processo de trabalho, segundo Mendes-Gonçalves (1979), compreende-se que o processo de trabalho de uma equipe reproduz a divisão social e técnica do trabalho do modo de produção capitalista. No modo de produção capitalista há um parcelamento do trabalho em operações que são executadas por diferentes trabalhadores, o que reflete a divisão técnica do trabalho, ao mesmo tempo em que reflete a divisão social.

Os achados da presente investigação apontam para essa divisão técnica e social do trabalho, quando as funções de coordenação e de tomada de decisão ficam a cargo de profissionais de nível superior. Em uma das equipes (zona urbana) profissionais referem que as decisões e idéias sobre atividades são tomadas pelos

trabalhadores de nível superior, cabendo aos demais dar opiniões. Pode-se sugerir que as decisões, nesta equipe, não tem sido partilhadas no momento de concepção do trabalho, atividade intelectual historicamente restrita aos profissionais de nível superior. Contudo, na outra equipe, parece que a tomada de decisão e a concepção das atividades acontecem de forma mais compartilhada. No entanto, há indícios de avanços, nas duas equipes, no que diz respeito à criação de espaços de socialização (reuniões de equipe) e troca de opiniões para a tomada de decisão compartilhada entre todos os trabalhadores da equipe.

Importante salientar que o acúmulo de funções por parte do enfermeiro da equipe R, não é visto como fardo ou sobrecarga, talvez pelo fato da equipe se ajudar muito nas tarefas, como relatam, ou pelo fato, como a entrevista do próprio enfermeiro deixa revelar, de existir um prazer relacionado ao poder de liderar uma equipe, de ser o chefe, reconhecido inclusive pelo médico, que tradicionalmente simboliza o poder nas relações de trabalho em saúde. Esse papel de líder é reforçado por todos da equipe R, que relatam a necessidade de um profissional assumir o comando. Esse fato também foi observado na investigação de Medina (2006), onde o excesso de funções gerenciais e sanitárias assumidas pelo enfermeiro não representava fonte de insatisfação, ao contrário, representava um reconhecimento de uma competência profissional. Ou talvez, como discute Testa (2004), isso tenha a ver com a disputa do poder cotidiano. Aquele poder que diz respeito ao domínio de saber o que fazer e como fazer do trabalho cotidiano. Para esse autor o poder cotidiano (o que e como fazer cotidianos) implica no poder societário, âmbito onde estão localizados mecanismos de dominação pessoal que reproduzem a dominação de uma classe pela outra.

No terreno relativo às relações interpessoais entre os membros da equipe, que também são relações de poder, os resultados sugerem que as relações são mais simétricas, não havendo, de forma declarada, relações autoritárias de subordinação. O exemplo mais significativo disso é a relação estabelecida entre o médico e o enfermeiro da equipe R, que, de acordo com relatos dos mesmos, difere do padrão tradicional de subordinação do enfermeiro pelo médico, sendo uma relação mais horizontal, amistosa e de respeito. Diferente do que foi encontrado em

estudo de Silva e Trad (2005), onde percebeu-se a tendência, por parte de alguns profissionais, em reiterar as relações assimétricas de subordinação.

Os profissionais das equipes, de uma maneira geral, mantêm relações amistosas, de respeito, sendo que, em alguns momentos, os profissionais chegam a se referir a equipe enquanto uma família, com seus conflitos, mas também com liberdade de expressão. O bom relacionamento e união entre os membros das equipes são apontados como facilitadores do trabalho em equipe.

Os fatores identificados como obstáculos para a realização das atividades da equipe dizem respeito a situações de fora da equipe, como observado na apresentação dos resultados. Como a dificuldade de conseguir material de consumo junto à coordenação municipal para atividades educativas.

Importante salientar que um dos fatores identificados como restritivos ao trabalho da equipe foi o fato das equipes terem sob sua responsabilidade um número de família superior ao preconizado, ou número de ACS insuficiente para cobrir todas as microáreas. Silva e Trad (2005) destacaram esse aspecto como responsável pela sobrecarga excessiva de todos os membros. Com relação ao profissional de nível superior, essa sobrecarga refere-se, principalmente, as ações assistenciais.

Em síntese, as evidências do estudo permitem afirmar que o objeto privilegiado das práticas das equipes de saúde da família investigadas permanece sendo as doenças e agravos à saúde, consideradas individualmente, revelando a pouca articulação das práticas de saúde com as condições de vida e de trabalho da população. Por conseguinte, as atividades desenvolvidas e os instrumentos de trabalho utilizados, também indicam esta pouca articulação. Contudo, a estratégia de saúde da família apresenta características que poderiam potencializar a apreensão do objeto de maneira ampliada, a partir do momento que aproxima os profissionais de saúde da realidade social da população adscrita, o que poderia facilitar o estreitamento de vínculos e criação de espaços de construção coletiva.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de analisar as práticas de saúde de equipes de saúde da família, segundo o modo tecnológico da Vigilância da Saúde, este estudo encontrou evidências empíricas que permitem afirmar que, nas equipes de saúde da família investigadas, o objeto privilegiado das práticas tem sido as doenças e agravos à saúde, confirmando uma das hipóteses do estudo, que apontou que as ESF não estão tomando como objeto de suas práticas os problemas de saúde da população, de acordo com as diretrizes e princípios da Vigilância da Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, que consideram como problema os danos, os riscos e os determinantes relacionados ao processo saúde-doença.

Já a segunda hipótese de investigação – que apontava que as práticas das equipes de saúde da família apresentariam avanços com relação ao recorte (a apreensão) dos problemas e com relação aos instrumentos utilizados para esta apreensão, na tentativa de superar o modelo biologicista - não se confirma. Ao contrário do pressuposto, as evidências indicam que os instrumentos utilizados para atividades como territorialização, planejamento e análise da situação de saúde (mapa, cadastramento de famílias, SIAB, planilhas de planejamento) foram incorporados de forma muito incipiente pelas equipes, que ainda apreendem, prioritariamente, as doenças e agravos à saúde da população. Ressalta-se que, até mesmos alguns agravos como a violência, que se configura como um sério problema de social, e os agravos de ordem psicológica, mais na esfera do subjetivo, mesmo sendo considerados agravos à saúde, não são tomados como objeto da prática. Isso reforça a idéia de que o modelo biologicista, positivista, tem sido predominante e tem orientado a prática dos profissionais.

No entanto, as evidências deste estudo sugerem que a estratégia de saúde família possibilita uma aproximação dos profissionais de saúde da realidade de vida da população, e que estes demonstram perceber a complexidade da situação econômica e social dessa realidade. Apesar disso, existe a dificuldade de se intervir nessa complexidade, talvez não por conta da ausência de instrumentos, mas pela falta de capacidade para uso do instrumento, já que a estratégia de saúde da

família, pautada no modelo da vigilância da saúde, orienta e proporciona uma série de tecnologias para a mudança de práticas. O que parece indicar que a lógica biologicista, que orienta a formação e conseqüentemente o fazer desses profissionais, engessa o processo de trabalho no momento em que os profissionais se deparam com a realidade e com todas as suas dimensões e complexidade. Como romper com esse engessamento? Talvez o processo de supervisão contínua, aliada a uma política de educação permanente, seja uma possível resposta a essa indagação. Como esse não foi o eixo dessa investigação, fica a sugestão para a realização de estudos que foquem a relação entre a supervisão e a mudança da prática dos profissionais.

Diante dos achados, o estudo suscita mais uma pergunta: como explicar os fatores que contribuem ou que constroem a mudança de prática? Esta questão abre novas perspectivas de estudo e fica como sugestão para novas pesquisas.

O presente trabalho contribui no sentido de agregar evidências empíricas, que permitem compreender alguns aspectos do processo de trabalho das equipes de saúde da família que dificultam a mudança da prática, como orientada pela proposta da Vigilância da Saúde, principalmente no que se refere à ampliação do objeto de trabalho. Outra contribuição importante foi a elaboração do instrumento de investigação, que pode ser utilizado, com as devidas adequações, para o exercício da supervisão do processo de trabalho das equipes.

Por fim, compreende-se que o grande desafio é pensar/criar tecnologias, formas de assistir, que dêem conta de delimitar e intervir nas necessidades de saúde da população. Algo tão complexo, que muitas vezes reduz-se na prática. Sem dúvida afirma-se a importância de pensar em formas de aproximação dessa complexidade. As propostas do modelo de Vigilância da Saúde, a estratégia de saúde da família, indicam uma prática que tenta rever valores e tecnologias, apesar de estarem inseridas em um sistema sócio-político e econômico que funciona e está enraizado em valores e lógicas predominantes nas sociedades capitalistas. Tomando de empréstimo as palavras de Schraiber e Mendes-Gonçalves.

Abrir-se à angustiante, mas criativa, situação da busca pelo desconhecido tecnológico, é o princípio do diálogo possível entre a inovação e as culturas já consolidadas, de consumo, uso, técnicas e produção dos serviços, em que bem se acomodam profissionais e população [...] Mais que ousar propor é ousar dispor de aberturas tecnológicas em que as proposições políticas e técnicas venham a público para serem refletidas. (Schraiber & Mendes-Gonçalves, p.46, 1996).

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AQUINO, R. Estratégia de Saúde da Família. In:____. **Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2003. p.22-29. (Série Cadernos Técnicos 2).

AQUINO, R. **Programa de Saúde da Família: determinantes e efeitos da sua implantação nos municípios brasileiros**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

AQUINO, R. Formação e capacitação de pessoal para a estratégia de saúde da família. In:____. **10 anos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: contando uma história**. Salvador: UFBA/ISC/EESP, 2006. p.9-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília,1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o manual para organização da atenção básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do programa de saúde da família**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001/2002**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família. Brasília, 2005. (série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006b – Pacto de Gestão

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006c. Aprova a Política Nacional de Promoção à Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. **Caderno de Informação em Saúde**. Disponível em <http://WWW.datasus.gov.br/>. Acesso em 04 de Nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. **Caderno de Informação em Saúde**. Disponível em <http://WWW.datasus.gov.br/>. Acesso em 13 de Jan. 2009.

BRÊDA, M.Z. et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 450-2, maio-junho. 2005.

BUSS, P.M.; PELEGRINI FILHO. A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMARAGIPE, Secretaria Municipal de Saúde. O programa de saúde da família: projeto piloto “o dentista da família”. **Saúde & Cidade em debate**, n. inaugural, p. 102-105, 1999.

CAMARGO JR, K.R de. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, sup 1, p. 58-68, 2008.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. **Est.Avanc.** v.13, n.35, p. 81-100, jan-abr. 1999.

CAVALCANTI, M.T. A reforma psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o sistema único de saúde. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 9, p. 1962-1963, set, 2008.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, 18(suplemento): p.191-202, 2002.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia de saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suplemento 1, p.7-11, 2008.

COPQUE, H.L.F; TRAD, L.A.B. Programa saúde da família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.14, n.4, p. 223-233, out-dez. 2005.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. **Divulgação em Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 210, setembro, 2000.

COSTA, M.B.S et al. Atuação do enfermeiro no programa de saúde da família (PSF) no estado da Paraíba. **Rev.Bras.Enfermagem**, Brasília, V.53, n. especial, p. 149-152, dez. 2000.

COSTA, C.H.L. Histórico sobre a implantação do PACS e PSF no estado do Pará. **Rev.Bras. Enfermagem**, Brasília, V.53, n. especial, p.131-133, dez. 2000.

COSTA, H.O.G. **Incentivos e constrangimentos à cooperação em arranjos organizacionais de combate à violência em Salvador**. 2005. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

COSTA, J.G; SAMPAIO, R.F. Apoio técnico e pedagógico nos campos de prática: a supervisão na residência multiprofissional em saúde da família. In:____. **10 anos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**: contando uma história. Salvador: UFBA/ISC/EESP, 2006. p.58-67.

CREVELIM, M.A; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família: como estabelecer um projeto em comum? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10 , n. 2, p.323-331, 2005.

DONNÂNGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ELIAS, P.E. et al. Atenção básica em saúde:comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**. v.11, n.3, p.633-641, jul/set. 2006.

ESCOREL, S. **Reviravolta da Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FERREIRA, S.M.G. Principais sistemas de informação de abrangência nacional. In:____. **Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2003. p.81-88. (Série Cadernos Técnicos 2).

FRANCO, A.L.S; BASTOS, A.C de; ALVES, V.S. A relação médico-paciente no programa saúde da família:um estudo em três municípios do estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21 n. 1: p.246-255, jan-fev. 2005.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21 n. 2: p.490-498, mar-abr. 2005.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MACINKO, J; ALMEIDA, C. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde em nível local. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2006 (Séries técnica de desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde).

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento): p.163-171, 2002.

MARTINI, J.G. Implantação do programa de saúde da família em Porto Alegre. **Rev.Bras. Enfermagem**. Brasília: v.53, n. especial, p.71-76, dez. 2000.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no programa de saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n. 16, p. 9-24, fev. 2005.

MATUS, C. Política, planificação e governo. Brasília. IPEA, 1993, Tomo I e II.

MENDES, E.V. et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In:____. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. cap.3, p. 159-185.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Medicina e História, Raízes Sociais do Trabalho médico**. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde em São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MEDINA, M.G. **O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde**: resultados da avaliação de dois estudos de caso. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MONTERO, P. O campo da saúde e o poder de classe. In: Montero, P. (org). **Da doença à desordem**. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

MORAES, M.V de et al. Atuação do PACS e PSF em Teresina: alguns resultados. **RASPP-Rev.Assoc. Saúde Pública Piauí**, v.1, n.2, p.217-218, jul-dez. 1998.

MOTA, E; CARVALHO, D.M.T. Sistemas de informação em saúde. In:____. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. cap.21, p. 605-628.

NUNES, C.A. Planejamento e programação local em saúde. In:____. **Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2003. p.107-112. (Série Cadernos Técnicos 2).

NUNES, C.A. **A formação em saúde coletiva e as práticas de saúde em programas comunitários**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

NUNES, M; JUCÁ, V.J; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no programa de saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad.Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2375-2384, out. 2007.

OLIVEIRA FILHO, S.M. Saúde da Família: uma realidade. **RASPP-Rev.Assoc. Saúde Pública Piauí**, v.2, n.1, p.98-102, jan-jun.1999.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In:____. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema

único de saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. cap.4, p. 187-220.

PAIM, J.S. Saúde e estrutura social: introdução ao estudo dos determinantes sociais da saúde. In:____. **Saúde Coletiva – Textos Didáticos**. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994.

PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil. In:____. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a. cap.20, p. 587-603.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In:____. **Epidemiologia e Saúde**, 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003b. cap.19, p. 567-586.

PAIM, J.S. O objeto e prática da saúde coletiva. In:____. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador:EDUFBA, 2006. 154p.

PIZZATO, M.M. et al. Odontologia sob enfoque do PSF no loteamento Augusta B. **Divulg.saúde debate**, v.19, p. 60-63. 2000.

REIS, C da C.L. **A supervisão no programa de saúde da família**: limites e possibilidades. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

REIS, C. da C. L ; HORTALE, V.A. Programa de saúde da família: supervisão ou convivência? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n.2, p.492-501, mar-abr. 2004.

RONCALLI, A. G; LIMA, K.C de. Impacto do Programa de Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciênc.saúde coletiva**. v.11, n.3, p.713-724, jul-set. 2006.

SCHRAIBER, L.B. Representação e prática: a construção da autonomia. In:____. **O médico e seu trabalho, limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993, p. 179-220.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidade de saúde atenção primária. In: _____. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SILVA, A.P. **A prática da equipe do programa de saúde da família: mudança ou conservação**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SILVA, I.Z.Q.J da; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunic. Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.25-38, fev. 2005.

SZWARCWALD, C.L. et al. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc.saúde coletiva**. v.11, n.3, p.643-655, jul-set. 2006.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: _____. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 85-108.

TRAD, L.A.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad.Saúde Pública**, v.14, n.2, p. 429-435, abr-jun. 1998.

TEIXEIRA, C. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: ISC, 2001.

TESTA, M. **Pensar em salud**. 3.ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

TRAD, L.A et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do programa de saúde da família na Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.3, p.581-589, 2002.

VILASBÔAS, A.L.Q. **Vigilância da saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

VILASBÔAS, A.L.Q. Contando uma história: origem e evolução do curso de especialização em medicina social, sob a forma de residência em saúde da família.

In: _____. **10 anos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: contando uma história.** Salvador: UFBA/ISC/EESP, 2006. p.21-35.

VILASBÔAS, A.L.Q; TEIXEIRA, C.F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: _____. **Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família.** Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2003. p.113-127. (Série Cadernos Técnicos 2).

APÊNDICES

APÊNDICE A – Matriz de Análise

Dimensão	Critérios	Indicadores	Fonte de Verificação
1. Objeto	<ul style="list-style-type: none"> Natureza do objeto (danos, riscos, determinantes) 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas de saúde identificados pela ESF Problemas de saúde trabalhados pela ESF 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas com os profissionais das ESF
2. Atividades			
2.1Ações	<ul style="list-style-type: none"> Territorialização 	<ul style="list-style-type: none"> Definição da área de abrangência da ESF Definição das micro-áreas Mapeamento da área de abrangência Participantes do mapeamento Frequência de atualização do mapeamento Utilização do mapeamento Cadastramento das famílias Situação do cadastramento (incompleto, completo ou desatualizado) 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas com os profissionais das ESF Registros de observação no diário de campo
	<ul style="list-style-type: none"> Análise da Situação de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Realização da análise da situação de saúde Frequência de realização da análise da situação de saúde Atualização da análise situação de saúde Participantes da análise da situação de saúde Utilização da análise da situação de saúde Informações utilizadas na análise 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas com os profissionais das ESF
	<ul style="list-style-type: none"> Planejamento 	<ul style="list-style-type: none"> Realização do planejamento Frequência de realização do planejamento Participantes do planejamento Utilização do planejamento Autonomia na implementação de ações planejadas Realização de avaliação das ações desenvolvidas 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas com os profissionais das ESF

Dimensão	Crítérios	Indicadores	Fonte de Verificação
2.2 Atividades finalísticas	<ul style="list-style-type: none"> Natureza das ações desenvolvidas (promoção, prevenção e cura) 	- % de ações desenvolvidas pela ESF por natureza	- Entrevistas com os profissionais das ESF
	<ul style="list-style-type: none"> Lógica para organização das atividades 	<ul style="list-style-type: none"> Existência de ações desenvolvidas em função dos grupos prioritários definidos nas normas do Ministério da Saúde Existência de ações desenvolvidas em função dos problemas priorizados pela população e ESF Existência de ações desenvolvidas em função de dados epidemiológicos e análise de sistemas de informação 	- Entrevistas com os profissionais das ESF
3. Instrumentos/Meios de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de Instrumentos para apreensão do objeto 	- Instrumentos utilizados para apreensão do objeto	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas com os profissionais das ESF Registros de observação no diário de campo
4. Relações Técnicas e Sociais	<ul style="list-style-type: none"> Hierarquia entre os membros da equipe Processo de tomada de decisão Relações Interpessoais 	<ul style="list-style-type: none"> Estrutura organizacional e de gestão da USF Estratégias para tomada de decisão Participantes do processo decisório Realização de trabalho conjunto Explicitação e manejo dos conflitos 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas com os profissionais das ESF Registros de observação no diário de campo

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados para os Trabalhadores de Saúde da Equipe de Saúde da Família

Informações Gerais	
Data da entrevista:	
Hora de início da entrevista:	Hora de término:
Sexo: () F () M	
Idade do entrevistado:	
Categoria Profissional:	
Função:	
Tempo de atuação na equipe:	

Identificação da Unidade de Saúde da Família (USF)
Município:
Nome da unidade:
Endereço da unidade:
Telefone:
Quantidade de equipes que atuam na unidade:

Identificação/Informações da Equipe de Saúde da Família (ESF)
Nome / número da equipe:
Área de atuação: () Urbana () Rural () Mista
Tempo de implantação:
Número de famílias cadastradas pela ESF:
Número de famílias acompanhadas:
Obs: _____

1 Territorialização

1.1 Como foi definida a área de abrangência desta ESF?

1.2 Como foram definidas as micro-áreas de atuação dos ACS (quais os critérios utilizados)?

1.3 Qual é a situação do cadastramento das famílias pelos ACS (completo, incompleto, atualizado ou não, atualizado ou não no sistema)?

1.4 Foi realizado mapeamento da área de abrangência? Este mapeamento é atualizado? Com que frequência? Qual a data da última atualização?

1.5 Quem participou do mapeamento da área? E da sua atualização?

1.6 Que informações estão contidas no mapa (pedir para ver o mapa)? (situações dinâmicas do território e de sua população?)

1.7 ESF utiliza o mapa para o seu trabalho? Exemplifique.

1.8 Quais as características da população e da área de abrangência? Cite algumas características.

2 Análise da Situação de Saúde

2.1 A ESF realiza levantamento das informações de saúde e identificação de problemas de saúde da população da sua área de abrangência?

2.2 Realiza a priorização dos problemas?

2.3 Como a ESF realiza esta identificação e priorização, esta análise da situação de saúde?

2.4 Com que frequência realiza esta análise?

2.5 Quem participa da análise da situação de saúde?

2.6 Qual a data da última análise da situação de saúde realizada pela ESF? Quem participou?

2.7 Que informações são consideradas para a análise da situação de saúde (indicadores sócio-demográficos e epidemiológicos; informações do SIAB e de outros sistemas; história da comunidade; condições ambientais, informações da comunidade)?

2.8 O que vocês fazem em relação aos problemas?

3 Natureza do objeto (danos, riscos, determinantes)

3.1 Quais os principais problemas de saúde da população que a ESF identifica?

3.2 Quais os principais riscos a que estão expostas as pessoas da sua área de abrangência?

3.3 Quais as causas desses problemas?

3.4 E quais as causas dos riscos?

3.5 Que problemas, riscos e causas são priorizados para intervenção pela ESF?

3.6 Quem definiu a priorização desses problemas, riscos e causas? Como?

3.7 Que ações são desenvolvidas pela ESF para tentar resolver esses problemas, riscos e causas? Exemplifique:

4 Lógica para organização das atividades (áreas da NOAS, problemas levantados junto à população, etc.)

4.1 Quais as ações/programas desenvolvidos pela ESF?

4.2 Por que ESF desenvolve estas ações?

4.3 Como são definidas essas ações? Dê um exemplo.

5 Planejamento

5.1 A ESF planeja as suas ações? Que ações são contempladas no planejamento (educativas, assistenciais, etc.)?

5.2 Qual a frequência com que a ESF faz o seu planejamento?

5.3 Quem participa deste planejamento?

5.4 A ESF utiliza o planejamento como orientador das suas ações? Exemplificar.

5.5 Que instrumentos são utilizados no planejamento? (plano de trabalho, cronograma)?

5.6 Que informações a ESF utiliza para o planejamento do trabalho?

5.7 A ESF tem autonomia para colocar em prática as ações planejadas? Dê um exemplo.

5.8 A ESF avalia as ações desenvolvidas?

Legenda: N = não realiza R = raramente realiza F = freqüentemente realiza NS = não sabe.

6 Natureza das ações/atividades desenvolvidas (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento)

6.1 Atividades de Promoção à Saúde

A ESF realiza:

6.1.2 Ações de estímulo à alimentação saudável respeitando a cultura local

(Refere-se à equipe conhecer hábitos, cultura e alimentos mais utilizados pela população local e promover a integração de suas orientações técnicas a estes aspectos na realização de atividades de educação em saúde, visita domiciliar. Palestras, atendimento individual – AMQ)

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.1.3 Ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis através de ações de educação em saúde, palestras, salas de espera, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre situações de risco sanitário, ambiental, ecológico.

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.1.4 Ações em parceria com organizações da sociedade civil (igrejas, escolas, associações comunitárias, etc.) ou outras instituições governamentais.

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.1.5 Ações, em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário

(Existência de iniciativas com ênfase no desenvolvimento comunitário, em que a equipe participa ou realiza em conjunto com a população e ou movimentos sociais: hortas comunitárias; atividades para geração de renda e alfabetização, dentre outras.)

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.1.6 Elabora com a população estratégias de enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local (através de planos, projetos ou outras formas).

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.1.7 Promoção de atividades físicas e de lazer como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas esportivas, atividades lúdicas para a comunidade como um todo e/ou para grupos vulneráveis.

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.1.8 Realização de atividades de educação em saúde continuadas em determinados grupos populacionais (criança, gestante, adolescente, idoso, mulher, adulto, hipertenso e diabético).

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.1.9 Ações de educação em saúde nas escolas, creches e para a população em geral

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.1.10 Ações com a comunidade local através de palestras, grupos, entre outros, para discussões de temas como cidadania, direitos à saúde, funcionamento do SUS, controle social, entre outros.

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2 Atividades Proteção / Prevenção à Saúde

A ESF realiza:

6.2.1 Ações de acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população (atividades de identificação, cadastramento, assistência e acompanhamento de crianças e gestantes);

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.3 Ações de Incentivo ao aleitamento materno

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.4 Ações educativas com a comunidade para informar e sensibilizar quanto ao uso abusivo de álcool e drogas.

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.5 Ações educativas com a comunidade para informar e sensibilizar sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e o risco da poluição tabagística ambiental?

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.6 Identificação de situações de violência sexual e doméstica, atuando de alguma forma?

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.7 Ações educativas ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito?

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.8 Busca ativa para detecção de novos casos de hipertensão arterial sistêmica na população.

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.9 Busca ativa para detecção de novos casos de tuberculose

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.10 Busca ativa para detecção de casos novos de Diabetes Mellitus

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.11 Ações para detecção de novos casos de Hanseníase?

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.12 Notificação dos agravos de notificação compulsória

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.13 Investigação dos agravos de notificação compulsória

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.14 Notificação negativa

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.15 Notificação e investigação de óbitos maternos e infantis

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.16 Ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária

(Desenvolver junto à população ações com enfoque no ambiente, de caráter educativo ou de intervenção, abordando questões como: manipulação e conservação de alimentos, uso racional de produtos de limpeza, medicamentos, tratamento adequado da água para consumo humano, destino do lixo, saneamento, áreas cultivadas com agrotóxico, indústrias, poluentes, etc. – AMQ)

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.17 Ações para identificação de situações de risco em idosos

(Refere-se à equipe estar sensibilizada e conhecer as situações de risco às quais estão sujeitos os idosos: abandono, depressão, carências nutricionais, acidentes domésticos, entre outras. - AMQ)

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.18 Vacinação de rotina do calendário básico dos programas nacional e estadual

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.19 Vacinação em campanhas

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.20 Busca ativa de faltosos para vacinação

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.21 Distribuição de preservativos e métodos contraceptivos

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.22 Procedimentos coletivos em saúde bucal:

- | | | | | |
|---------------------------------|-------|-------|-------|--------|
| - Levantamento epidemiológico | N () | R () | F () | NS () |
| - Escovação supervisionada | N () | R () | F () | NS () |
| - Bochecho com flúor | N () | R () | F () | NS () |
| - Aplicação tópica de flúor gel | N () | R () | F () | NS () |

Obs: _____

6.2.23 Atividades em Sala de Espera

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.2.24 Visita Domiciliar

N () R () F () NS ()

Exemplifique como acontece, quem realiza e com quais critérios: _____

6.3 Atividades de controle de danos (diagnóstico e tratamento)

A ESF realiza:

6.3.1 Consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em < de 2 anos

N () R () F () NS ()

Quem realiza _____

6.3.2 Consulta para assistência às doenças prevalentes na infância

N () R () F () NS ()

Quem realiza _____

6.3.3 Ações em caso de desidratação oral

(Membros da ESF habilitados para reconhecer os principais sinais e sintomas da desidratação e saberem preparar e orientar a preparação e administração de soro caseiro ou dos sais de reidratação oral – AMQ.)

N () R () F () NS ()

Quem realiza: _____

6.3.4 Consulta para Planejamento Familiar

N () R () F () NS ()

Quem realiza: _____

6.3.5 Prevenção de câncer de colo de útero e mama (exame clínico da mama)

N () R () F () NS ()

Quem realiza: _____

6.3.6 Consulta de pré-natal

N () R () F () NS ()

Quem realiza _____

6.3.7 Intervenções em diabetes

- Diagnóstico	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Glicemia capilar	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Acompanhamento clínico	N ()	R ()	F ()	NS ()

Obs: _____

6.3.8 Intervenções em hipertensão

- Diagnóstico	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Acompanhamento clínico	N ()	R ()	F ()	NS ()

Obs: _____

6.3.9 Intervenções em Hanseníase

- Diagnóstico	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Acompanhamento clínico	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Tratamento supervisionado	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Busca de faltosos				
- Captação de sintomáticos dermatológicos	N ()	R ()	F ()	NS ()

Obs: _____

6.3.10 Intervenções em tuberculose:

- Diagnóstico	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Acompanhamento clínico	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Tratamento supervisionado	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Busca de faltosos				
- Captação de sintomáticos respiratórios	N ()	R ()	F ()	NS ()

Obs: _____

6.3.11 Diagnóstico e acompanhamento clínico de câncer de próstata

N () R () F () NS ()

Obs: _____

6.3.12 Intervenções em DST/HIV/AIDS:

- Diagnóstico	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Acompanhamento clínico	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Investigação HIV+AIDS	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Tratamento das DST prevalentes	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Diagnóstico da sífilis na gestação	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Tratamento da sífilis na gestação	N ()	R ()	F ()	NS ()

Obs: _____

6.3.13 Intervenções em Saúde Mental:

- Diagnóstico	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Encaminhamento	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Acompanhamento clínico	N ()	R ()	F ()	NS ()

Obs: _____

6.3.14 Acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de droga e álcool:

N () R () F () NS ()

Quem realiza: _____

6.3.15 Intervenções em Saúde Bucal:

- Clínica odontológica	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Dentística	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Periodontia	N ()	R ()	F ()	NS ()
- Exodontia	N ()	R ()	F ()	NS ()

Obs: _____

6.3.16 Acompanhamento clínico do idoso

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.3.17 Vacinação do idoso

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.3.18 Diagnóstico e tratamento de endemias (esquistossomose, filariose, doença de chagas, dengue, calazar e outros)

N () R () F () NS ()

Exemplifique: _____

Quem realiza? _____

6.3.19 Solicitação de exames complementares

N () R () F () NS ()

Obs: _____

6.3.20 Prescrição de medicação de acordo com protocolo

N () R () F () NS ()

Obs: _____

6.3.21 Referência para um especialista quando necessário

N () R () F () NS ()

Obs: _____

6.3.22 Referência para assistência hospitalar quando necessário

N () R () F () NS ()

Obs: _____

6.3.22 Atendimento de urgências:

N () R () F () NS ()

Obs: _____

7 Relações Técnicas e Sociais

7.1 Existe reunião sistemática da equipe? O que é discutido nessa reunião?

7.2 Como são tomadas as decisões na ESF?

7.3 Você influencia, de alguma forma, nas atividades desenvolvidas pela equipe?

7.4 Como é a relação entre os membros da equipe? Existe algum problema de comunicação?

7.5 Existe alguma hierarquia?

7.6 Quais as dificuldades e facilidades encontradas para o desenvolvimento das atividades da ESF?

7.7 Como você se sente em relação ao seu trabalho na ESF?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: **“O MODO TECNOLÓGICO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE E O TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**

O presente projeto de mestrado em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, de autoria de Júlia Gonçalves Costa, sob a orientação do Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim, tem como objetivo analisar a prática/trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) a partir da perspectiva da Vigilância da Saúde. Para tanto será realizada entrevista, que será gravada, orientada por um roteiro de entrevista contendo questões sobre o processo de trabalho das ESF. A sua participação nesse estudo é de fundamental importância no fornecimento de informações referentes a prática/trabalho das ESF. Vale ressaltar que as informações obtidas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório de investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome não será identificado.

Essa pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, inclui apenas perguntas avaliadas como adequadas e que não apresentam qualquer tipo de risco ou constrangimento conhecido para você. Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar. Importante esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado, não havendo despesas por parte do mesmo nem compensações financeiras.

Em qualquer momento do estudo o (a) Sr (Sra.) pode entrar em contato com a profissional responsável pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas, Júlia Gonçalves Costa, no Instituto de Saúde Coletiva, Rua Basílio da Gama, 2º andar, Campus Canela, Salvador, Bahia. Através do número (71) 3283-7442 ou por e-mail: julia.gc3@gmail.com.

Declaração de Aceitação

_____, ____ de _____ de 2008

Eu, _____, declaro estar ciente dos objetivos e condições de participação na pesquisa “O Modo Tecnológico da Vigilância da Saúde e o Trabalho das Equipes de Saúde da Família” e aceito dela participar.

Tabulação do Questionário para Trabalhadores de Saúde de Equipes de Saúde da Família - Equipe U

Legenda: N = não realiza R = raramente realiza F = freqüentemente realiza NS = não sabe

Questões	OPÇÕES	ACS 1	ACS 2	ACS 3	TEC.ENF.	ACD	ODONT.	ENF.	MEDICO	TOTAL	
										Nº	%
Atividades de Promoção à Saúde											
1. Ações de estímulo à alimentação saudável respeitando a cultura local	N									0	0
	R									2	25%
	F									6	75%
	NS									0	0
2. Ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis, através de ações de educação em saúde, palestras, salas de espera, com o objetivo de ampliar conhecimento sobre situações de risco sanitário, ambiental, ecológico	N									1	12.5%
	R									4	50%
	F									1	12.5%
	NS									2	25%
3. Ações em parceria com organizações da sociedade civil (igrejas, escolas, associações comunitárias, etc.) ou outras instituições governamentais.	N									0	0
	R									0	0
	F									8	100%
	NS									0	0
4. Ações, em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário.	N									8	100%
	R									0	0
	F									0	0
	NS									0	0
5. Elabora com a população estratégias de enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.	N									8	100%
	R									0	0
	F									0	0
	NS									0	0
6. Promoção de atividades físicas e de lazer como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas esportivas, atividades lúdicas para a comunidade como um todo e/ou para grupos vulneráveis.	N									0	0
	R									0	0
	F									8	100%
	NS									0	0
7. Realização de atividades de educação em saúde continuadas em determinados grupos populacionais (criança, gestante, adolescente, hipertenso e diabético).	N									0	0
	R									0	0
	F									8	100%
	NS									0	0
8. Ações de educação em saúde nas escolas, creches e para a população em geral	N									0	0
	R									1	12.5%
	F									7	87,50%
	NS									0	0
9. Ações com a comunidade local através de palestras, grupos, entre outros, para discussões de temas como cidadania, direitos à saúde, funcionamento do SUS, controle social, entre outros.	N									0	0
	R									1	12.5%
	F									6	75%
	NS									1	12.5%

