



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

EMANUELA CARDOSO DA SILVA

**PRÁTICAS DE SAÚDE COLETIVA REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALAGOINHAS – BAHIA**

FEIRA DE SANTANA

2009

EMANUELA CARDOSO DA SILVA

**PRÁTICAS DE SAÚDE COLETIVA REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALAGOINHAS – BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para fins de obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Luiza Queiroz
Vilasbôas.**

Feira de Santana - Bahia

2009

Ficha Catalográfica
Elaborada por: Deivisson Lopes Pimentel
Bibliotecário CRB 5/1562

S586p

Silva, Emanuela Cardoso da
Práticas de saúde coletiva realizadas pelos profissionais de saúde do
Programa de Saúde da Família de Alagoinhas – Bahia. / Emanuela Cardoso da
Silva. – Feira de Santana, 2009.
92f.

Orientadora: Prof^ª.: Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de
Feira de Santana, 2009

1. Saúde coletiva 2. Programa de Saúde da Família 3. Trabalho em Saúde I.
Universidade Estadual de Feira de Santana II. Título.

CDU: 614.2(813.8)

EMANUELA CARDOSO DA SILVA

PRÁTICAS DE SAÚDE COLETIVA REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALAGOINHAS – BAHIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para fins de obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 27 de maio de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Ana Luiza Queiroz Vilasbôas
Instituto de Saúde Coletiva

Profª Drª Maria Guadalupe Medina
Instituto de Saúde Coletiva

Profª Drª Maria Lúcia Servo
Universidade Estadual de Feira de Santana

Dedicatória

Dedico este estudo as mulheres mais importantes da minha vida: Dera e Vivian.

Amo vocês!!

Was mich nicht unterbringt, macht mich stärker.

(O que não me mata, me fortalece)

Friedrich Nietzsche

Agradecimentos

Agradecer nestas horas é sempre difícil, pois corremos o risco de esquecer alguém... Vou tentar lembrar de todo mundo...

A Deus por ter me dado vida e permitir chegar até aqui...

Aos meus pais por sempre terem me incentivado a estudar. Valeu a pena!

A minha irmã que eu amo: obrigada por existir.

Aos amigos Adriano Maia e Márcio Costa por terem sido os pioneiros e terem feito questão de levar mais gente com eles.

A minha turma de 2007: a vitória não seria a mesma sem vocês. Vou sentir saudades: Silvânia, Kleize, Rita, Julie, Carol, Camilla, Ana Paula, Maíza, Jefferson, Kaio e Wilza Snow, Elisângela, Maria e Valesca.

A amiga, irmã e companheira de todas as horas Wilza Carla

Agradeço a responsável pela nossa trilha sonora durante a luta: Ana Carolina.

Agradeço a amiga Antônia Dantas e ao aluno-amigo Jaciel pela força.

Agradeço a Paulo Moura e Simone Paes. Deus abençoe e retribua o carinho que vocês me dispensaram.

Aos nossos mestres, professores que nos ajudaram a prosseguir nessa jornada.

Em especial as professoras Marluce, Thereza Cristina e Acácia: aprendi muito com vocês!

A família de Wilza que me acolheu e me fez parte da galera: D. Maria, Vera, Meire, Ana, China, Mota, Roque e os vários sobrinhos e sobrinhas que ganhei de brinde.

Aos funcionários da UEFS que me trataram tão bem.

Ao apoio imprescindível de Gorete e Jorge.

Aos alunos da disciplina PIESC IV.

A minha orientadora Ana Luiza. Na verdade não existem palavras que possam expressar a minha gratidão. Você foi um presente de Deus, pois ele sabia que só você iria confiar em mim e não me deixaria durante a viagem. Obrigada!

A equipe de saúde que me acolheu com os braços do tamanho do mundo e me permitiu realizar esse estudo. Além das minhas expectativas.

RESUMO

Este estudo sobre as atividades de Saúde Coletiva realizadas pela Equipe de Saúde da Família (ESF) em Alagoinhas – BA tem como objetivo geral: analisar as práticas de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas (PSF) – Bahia. Tem como objetivos específicos: identificar as atividades de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no PSF; caracterizar os meios de trabalho utilizados pelos (as) profissionais que atuam no PSF e identificar as finalidades das práticas de saúde coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no PSF. A estratégia metodológica é descritiva de natureza qualitativa. Utilizaram-se como técnicas de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação participante. Os sujeitos do estudo foram onze profissionais da ESF. A coleta de dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2008. A análise dos dados foi orientada pelo plano de análise. Os resultados revelam que na ESF estudada, grande parte das atividades que classificamos de saúde coletiva são realizadas por todos os membros da equipe. As atividades realizadas são as relacionadas ao controle de causas, riscos e danos, excetuando as atividades de vigilância sanitária; as atividades de planejamento e gestão em saúde também ocorrem, mas a territorialização é realizada pelas ACS, as demais atividades são compartilhadas pelos membros da equipe, ficando a cargo do coordenador de nível superior supervisionar a equipe, responsabilizar-se pelos recursos materiais e pelas reuniões de equipe. O estudo também demonstrou que as atividades educativas são constantes, principalmente em grupos e no geral sem a participação das técnicas de enfermagem. A categoria relações sociais no trabalho emergiu do campo empírico, demonstrando que existe interação entre os membros da equipe e quando necessário a colaboração entre elas. Os instrumentos mais utilizados para realizar as atividades são mapas, planilhas, impressos, livro ata, palestras, reuniões, entre outros. A equipe no geral utiliza-se dos saberes multidisciplinares e busca constante atualização e capacitação. As finalidades alcançadas são: conhecimento da população e território, ainda que de maneira não sistematizada, baseada muito mais nos achados cotidianos da equipe; articulação com os órgãos governamentais e não-governamentais e estímulo ao controle social através do CLS. A investigação nos permitiu correlacionar a teoria utilizada para fundamentar o estudo, evidenciando o quanto a saúde coletiva tem se constituído como um campo vasto de saberes e práticas que podem e são colocadas em prática todos os dias pelos sujeitos que atuam no SUS. Concordamos que a (re) organização da AB é condição *sine quo non* para o

re-estabelecimento de metas palpáveis que possam realmente provocar mudanças na situação de saúde de nosso país.

Palavras – chave: Saúde Coletiva, Programa Saúde da Família, Trabalho em saúde, Modelo assistencial.

ABSTRACT

This study on the activities of Public Health conducted by the Family Health Team (ESF) in Alagoinhas - BA aims to examine the practice of Public Health carried out by health care professionals who work at the Family Health Program in Alagoinhas (PSF) - Bahia. Its specific objectives are to identify the activities of Public Health carried out by health care professionals who work in the PSF; to characterize ways of working used by professionals who work in the PSF and to identify the purpose in the practice of public health made by health care professionals who work in the PSF. The methodological strategy is descriptive of a qualitative nature. The data collection techniques used was the semi-structured interviews and participant observation. Study subjects were professionals of the ESF, including the surgeon-dentist. Data analysis was guided by the plan of analysis. The results show that the most of the activities that are classified as public health were conducted by all team members. The activities are related to control of causes, risks and damage, except for health monitoring activities, the activities of planning and management in health also occur, but the territory is held by ACS, the other activities are shared by the team members, leaving it to the coordinator to supervise the team, taking responsibility for resources and materials for meetings of the team. The study also showed that the educational activities are constant, especially in groups and in general without the participation of nursing techniques. The working class emerged in the social relations of the empirical field, demonstrating that there is interaction between team members and when necessary the collaboration between them. The instruments used to perform most activities are maps, spreadsheets, forms, record books, lectures, meetings, among others. The team in general, is used in search of knowledge and multidisciplinary training and constant updating. The aims are achieved: knowledge of the population and territory, but in no systematic way, based more on everyday findings of the team, liaison with government agencies and non-governmental and stimulation of social control through the CLS. The research enabled us to correlate the theory used to support the study, showing how the public health has been established as a broad field of knowledge and practices and are put into practice every day by the subjects operating in the SUS. We agree that the (re) organization of the AB is a condition sine quo non for the re-establishment of tangible goals that can actually cause changes in health status of our country.

Key words:Public Health, Family Health Program, working in health, care model.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CD – Cirurgião (ã) – dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CLS - Conselho Local de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

HDN – História Natural da Doença

HIPERDIA – Hipertensão e Diabetes

HRDB – Hospital Regional Dantas Bião

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PROAR - Programa de Asma e Rinite

PSF – Programa de Saúde da Família

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SC – Saúde Coletiva

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 – Municípios da Microrregião de Alagoinhas	31
Quadro 1 – Identificação das entrevistadas	35
Quadro 2 – Roteiro pra análise de dados	36
Quadro 3 – Matriz de processamento de dados por profissional	37
Quadro 4 – matriz de cruzamento de dados por categoria de análise	38

CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 O processo de trabalho em saúde coletiva	17
2.2 Definição das práticas de saúde coletiva	24
2.3 Meios e finalidades das práticas de saúde coletiva	25
CAPÍTULO 3 - ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	28
3.1 Breve caracterização do cenário de estudo	29
3.2 Selecionando o cenário e os sujeitos do estudo	32
3.3 Aspectos éticos	32
3.4 Plano de análise do estudo	33
3.5 Coletando os dados	33
3.6 Perfil dos sujeitos do estudo	34
3.7 Ordenando e classificando os dados	35
3.8 Descrevendo e analisando os dados	38
CAPÍTULO 4 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	40
4.1 Atividades principais	41
4.2 Atividades de saúde coletiva na ESF	43
4.2.1 Controle de causas	43
4.2.2 Controle de riscos	44
4.2.3 Controle de danos	48
4.2.4 Atividades de planejamento e gestão em saúde	52
4.2.5 Atividades educativas	57
4.3 Meios de trabalho de saúde coletiva na ESF	59
4.4 Relações sociais no trabalho da ESF	62
4.5 Finalidades das práticas de saúde coletiva na ESF	64
CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	78
APÊNDICES	81

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

A reorganização do modelo tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social, ainda constitui um desafio para todos os atores sociais que militam no campo da Saúde Coletiva.

Alúcio Gomes da Silva Junior e Mônica Tereza Machado Mascarenhas (2006)

INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva em nosso país tem se constituído como um movimento de transformação de saberes e práticas, que visa contribuir para a solidificação do nosso sistema de saúde. Consideramos essencial a contribuição da Saúde Coletiva à Reforma Sanitária brasileira e conseqüentemente para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS, 2002; PAIM, 2006).

Enquanto movimento transformador, a Saúde Coletiva vem se conformando como uma alternativa à saúde pública institucionalizada no Brasil e segundo PAIM (2006, p.144) constitui-se em “um movimento ideológico que gerou um campo científico, com intenso

desenvolvimento nas três últimas décadas, e um âmbito de práticas contra-hegemônicas, com diferenças significativas em relação à saúde pública e ao modelo médico hegemônico”.

Consideramos então, que a Saúde Coletiva, enquanto campo científico, formulador de saberes e práticas, tem se constituído como um espaço amplo para a discussão do objeto da saúde e como tal, passível de críticas e reflexões acerca de sua identidade (PAIM, 2006).

Não poderíamos discutir a Saúde Coletiva sem realizar uma breve contextualização histórico-social do campo da saúde a partir do capitalismo. Paim (2006) afirma que o capitalismo, desde o seu surgimento, influenciou e contribuiu para a constituição das ideologias e práticas de saúde, bem como para a sua reprodução e expansão. A Revolução Industrial do século XIX pode ser considerada como um grande marco já que produziu um forte impacto sobre as condições de vida das populações, inclusive no campo da saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). Este século é marcado pela organização das classes trabalhadoras e ampliação de sua participação política em países como a Inglaterra, França e Alemanha.

Para Paim (2006, p.117), os movimentos de idéias que influenciaram o campo social na saúde, durante o surgimento e desenvolvimento do capitalismo até os dias atuais são: “Polícia Médica, Higiene, Medicina Comunitária, Medicina Familiar, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva e Nova Saúde Pública”. O Brasil enquanto país capitalista sofreu e sofre influência dos movimentos citados, na construção de intervenções sociais para enfrentamento dos problemas de saúde. Podemos citar como exemplo desta influência a “nova ordem mundial”, que a partir dos anos oitenta, representa o enfraquecimento das ações coletivas para resolução dos problemas de saúde.

Outro fato importante é o fenômeno da globalização econômica e conseqüente mudança nos aspectos relativos às forças produtivas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). Estas mudanças trouxeram a tona o “[...] aumento das desigualdades entre os povos e grupos sociais, a eclosão de movimentos nacionalistas, a exarcebção de conflitos éticos, a agressão ao meio ambiente, a deterioração do espaço urbano e o desrespeito aos direitos humanos” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p.12).

Assim, a discussão sobre a saúde em seu âmbito coletivo se faz urgente, visto que a sociedade nos países em desenvolvimento como o Brasil, tem sido duramente afetada pelo neoliberalismo econômico.

Embora em nosso país tenhamos avançado no campo da saúde a partir da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), vivemos atualmente um grande dilema entre

o individual e o coletivo. Este dilema consiste basicamente na forma como o neoliberalismo influencia as políticas públicas, em especial a saúde, “orientando” o Estado no sentido de atuar apenas como regulador do sistema, buscando delegar ao indivíduo a responsabilidade pela sua saúde; e coletivamente através da Saúde Coletiva. A resolução desse dilema perpassa pela transformação do sujeito individual em sujeito coletivo com vistas a re-organização do modelo hegemônico e conseqüentemente a consolidação da cidadania (NUNES, 1994; LUZ, 2000).

Ao considerarmos as profissões estatutos científicos nos arriscamos a apreender parcialmente a forma como as atividades profissionais são realizadas na prática. No trabalho na área da saúde, esse risco aumenta, visto que o produto desse trabalho não é visível materialmente. Somente uma análise mais aprofundada do processo de trabalho na saúde pode nos permitir a apreensão das dinâmicas e contradições das práticas, possibilitando-nos a contribuição para a transformação da realidade (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

Concordamos com Peduzzi (2001) que considera o profissional de saúde como agente e conseqüentemente elemento capaz, a partir da execução de suas atividades profissionais, de transformar o objeto em produto a fim de atingir o objetivo a que se propõe este trabalho específico. Assim, o trabalho em equipe não significa acabar com as especificidades de cada agente, mas utilizá-las como uma forma de melhorar a qualidade da assistência, visto que cada um pode e deve contribuir para o aprimoramento do cuidado produzido.

A Saúde Coletiva é um campo de saberes e práticas interdisciplinares e, portanto, constitui-se como uma possibilidade de reorganização das práticas em saúde. Atualmente, as práticas de saúde são identificadas a partir das necessidades individuais e coletivas, cujo reconhecimento somente é possível a partir de como se concebe o processo saúde - doença.

Diante deste cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS), vem buscando a sua consolidação, através de ações de organização que permitam a sua implementação. A organização da Atenção Básica (AB) no Brasil foi regulamentada pela Portaria nº 648 de 28 de março de 2006.

A Atenção Básica possui como principal estratégia de organização o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF foi proposto em 1994 como “[...] uma estratégia para a reorganização da produção de cuidados de saúde, que tem como objetivo reorientar à assistência à saúde centrada na família [...]” (ERMELL; FRACOLLI, 2006, p.534).

O PSF desde então, segue como uma estratégia que busca através do trabalho multiprofissional prestar uma assistência à saúde eficaz, atendendo aos princípios de

Universalidade, Equidade e Integralidade a partir da célula familiar. Além disto, o trabalho em equipe visa minimizar o processo de especialização ocorrido na saúde, nas últimas décadas (PEDUZZI, 2001).

Portanto, a Equipe de Saúde da Família deve ser considerada, em sua especificidade, com um sujeito importante na construção do SUS, aberto a novos saberes e novas práticas com vistas a contribuir na consolidação da Saúde Coletiva enquanto movimento de idéias que confere racionalidade ao modelo de saúde brasileiro. O desafio dos profissionais que atuam no PSF é, portanto, participar da construção de um projeto segundo os princípios do SUS, considerando o homem enquanto ator social, na busca de manter ou transformar uma determinada realidade (MATUMOTO, MISHIMA e PINTO, 2001).

Diante deste desafio que ora se apresenta para estes profissionais que atuam na reconstrução do modelo assistencial vigente é que propomos neste estudo compreender como ocorrem as práticas em Saúde Coletiva que têm sido realizadas pelos profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas – Bahia, considerando o seu processo de trabalho.

Destacamos que o nosso estudo se propõe a estudar as práticas de saúde coletiva no PSF, realizadas pelos profissionais de acordo com o preconizado pela Portaria nº 648/2006 e que são atribuições comuns a todos os profissionais que compõem as equipes de saúde. O nosso interesse em discutir este tema é oriundo de inquietações acerca da produção do cuidado na prática das Equipes de Saúde da Família (ESF), gestadas a partir da nossa inserção no PSF de Alagoinhas – BA, em 2001. Contribuíram, ainda, para tal reflexão a conclusão do curso de especialização em Saúde da Família, no Instituto de Saúde Coletiva, em 2004, e a vivência como coordenadora do PACS/PSF, também em Alagoinhas, em 2005.

Além do acima exposto, a nossa vivência enquanto discente no Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, em especial nas aulas da disciplina Estado, População e Políticas públicas, contribuiu para a delimitação do nosso objeto de estudo, nos fazendo refletir sobre como o campo de saberes e práticas de Saúde Coletiva vêm sendo realizado pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) no âmbito das ações básicas em saúde.

Tais fatos nos instigaram a formular a seguinte questão:

Como ocorrem as práticas de Saúde Coletiva que têm sendo realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas – Bahia?

Partindo deste questionamento, intencionamos realizar este estudo, a fim de buscar possíveis respostas que possam contribuir com as discussões acerca da Saúde Coletiva, considerando os profissionais das ESF como sujeitos “essenciais”, pois é a partir de sujeitos comprometidos, críticos e reflexivos (PAIM, 2006), que poderemos alcançar um SUS real e efetivo.

Buscando responder este questionamento é que propomos como objetivo geral desse estudo, analisar as práticas de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas – Bahia. Para atingir o objetivo geral, propomos os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar as atividades de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família;
- b) Caracterizar os meios de trabalho utilizados pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família para a realização de atividades de Saúde Coletiva;
- c) Identificar as finalidades das práticas de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A contextualização das políticas em saúde deve ser compreendida a partir dos conflitos que se estabelecem entre os sujeitos envolvidos no campo concreto da práxis social. Portanto, precisamos estabelecer interfaces que dêem conta de desvelar as nuances das práticas em saúde, a partir de sua inserção num contexto social, econômico, político e ideológico, que é dinâmico e engendrado historicamente.

Adriano Santos Maia (2005)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O processo de trabalho em Saúde Coletiva

A partir de 1988 com a Constituição brasileira garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado e instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), vimos o ápice do Movimento Sanitarista, que resultou na implantação de uma política de saúde abrangente, essencial para a (re) organização do modelo assistencial hegemônico em nosso país.

De acordo com Paim (2002), a incorporação da proteção e da promoção da saúde é de extrema importância para que efetivamente possamos dispor de um modelo assistencial que

busque, através da utilização de tecnologias, intervindo de fato sobre os problemas e necessidades de saúde da população.

Destacamos que os modelos assistenciais têm como objetivo (re) organizar os serviços de saúde. Atualmente, o modelo predominante no Brasil é o médico-assistencial privatista, onde os sujeitos (população) recorrem aos serviços de saúde ao se sentirem doentes. Apesar do predomínio deste modelo, convivemos também com o modelo assistencial sanitaria (PAIM, 2003).

(Re) Organizar o modelo assistencial vigente, com vistas a incorporar definitivamente os princípios doutrinários do SUS, tem se constituído o maior desafio para os atores sociais que atuam na Saúde Coletiva (PAIM, 2003; SILVA JÚNIOR, MASCARENHAS, 2006). Neste contexto, a Atenção Básica (AB) tem merecido destaque, sendo inclusive alvo de inúmeros estudos, principalmente após a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para a sua reorganização e conseqüentemente do modelo assistencial vigente (SANTANA, 2000).

A Saúde Coletiva (SC) é oriunda de um processo histórico marcado principalmente pelas mudanças sócio-político-econômicas que ocorreram na América Latina a partir da década de 50. Nunes (1994) considera que no Brasil, ocorreu o que ele classifica como três fases da SC: a primeira fase denominada “pré-saúde coletiva”, marcada pelo projeto preventivista iniciado nos anos 50 e que se estendeu por mais 15 anos; a segunda fase, até o final dos anos 70, que reforçou a Medicina social; e a terceira fase, a partir da década de 80, durante a qual vai sendo estruturado o campo da SC.

No âmbito de seus saberes e práticas, a SC visa superar o modelo médico-centrado hegemônico, propondo uma articulação entre a promoção da saúde e a clínica. Tal objetivo busca transformar a medicina curativa, cujo foco da atenção é o diagnóstico e a terapêutica, privilegiando a doença (AROUCA, 2003) e a centralização do cuidado na figura do médico.

Para tanto, a SC busca a valorização “[...] da dimensão subjetiva das práticas de saúde, das vivências dos usuários e trabalhadores do setor [...] proporcionando espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação” (PAIM, ALMEIDA FILHO, 2000, p. 66).

Seus objetos constroem-se a partir do biológico e do social, considerando a compreensão dos determinantes sociais das doenças, além da organização e funcionamento dos serviços de saúde (PAIM, ALMEIDA FILHO, 2000). A Saúde coletiva baseia-se em um

tripé de eixos disciplinares: epidemiologia, ciências sociais e planificação e gestão em saúde (PAIM, 2006).

A Saúde Coletiva prioriza quatro objetos de intervenção:

[...] políticas (formas de distribuição do poder); práticas (mudanças de comportamento; cultura; instituições; produção de conhecimentos; práticas institucionais, profissionais e relacionais); técnicas (organização e regulação dos recursos e processos produtivos; corpos e ambientes); e instrumentos (meios de produção de intervenção). (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000, p. 69-70).

Podemos considerar que o campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva é um campo vasto e contempla desde as ações políticas, até as práticas realizadas pelos profissionais de saúde no cotidiano, levando em conta o conjunto de conhecimentos interdisciplinares utilizados na promoção dessas atividades.

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecido no Brasil como Atenção Básica (AB), não é novo. Desde o início do século XX, surgiu como uma forma de aproximar o trabalho em saúde da população, através da utilização de conceitos de distrito sanitário e centro de saúde. Em setembro de 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), promoveram a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, momento em que se reconheceu a APS como uma oferta de serviços ao alcance de toda população, com um custo suportável para a comunidade e o país. (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006).

Desde então, vários países do mundo, dos mais aos menos desenvolvidos adotaram a APS para a organização dos sistemas de saúde (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006; MEDINA, 2006). A AB possui a função de integração; é mais acessível ao paciente; adequa-se ao primeiro contato do paciente com a rede de serviços (queixa) e por fim, funciona como organizadora e racionalizadora de recursos utilizados para promover, manter e melhorar as condições de saúde dos indivíduos (MEDINA, 2006).

A APS, portanto, revela-se como

[...] uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis

de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde. (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006, p. 786)

A AB utiliza-se de vários saberes e práticas, inclusive da SC, sendo o Programa de Saúde da Família (PSF) sua principal estratégia para a organização do SUS (SANTANA, 2000; BRASIL, 2006). No Brasil, a Atenção Básica¹ caracteriza-se como o

conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe e dirigidas à população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006, p.2)

A AB é regulamentada através da Portaria nº 648/2006, sendo orientada pelos princípios de universalidade, acesso e participação social. Baseia-se na hierarquização e descentralização das ações, cada esfera de governo (Municípios, Estados e União) é responsável por cumprir, organizar e executar as ações da AB em seu território (BRASIL, 2006).

Pode estruturar-se a partir de:

I – Unidade (s) Básica (s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita (s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes; [...]

III – Equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros; (BRASIL, 2006, p.6)

¹ Neste estudo, consideraremos Atenção Primária à Saúde (APS) como sinônimo de Atenção Básica (AB).

O Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia criada em 1994, constituiu-se em um seguimento e aprimoramento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1990 (SILVA, 2002; BEZERRA, 2005). Representa a busca por um novo modelo assistencial pautado em fundamentos como vínculo, humanização e coresponsabilização, a fim de (re) orientar o funcionamento dos serviços de saúde (SANTANA, 2000; RODRIGUES, ARAÚJO, 2001).

A expansão do PSF, alcançando 90% dos municípios e atendendo 44% da população brasileira em 2005 (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006) tem apontado para várias discussões acerca de sua implantação, impacto nas condições locais de saúde, mudanças nas práticas de saúde, efetividade do trabalho em equipe, entre outros, e tem possibilitado a realização de vários estudos e pesquisas pelo Brasil afora.

Neste contexto, concordamos com SILVA (2005, p. 14), quando esta afirma que

Um dos elementos fundamentais na discussão da viabilidade do PSF constituir-se numa prática que dinamize e legitime a reorganização do ‘modelo assistencial’ vigente é a incorporação de mudanças nas práticas de saúde das equipes no que se refere, especificamente, à natureza das atividades desenvolvidas.

Assim, se faz mister discutir o processo de trabalho em saúde, considerando que o trabalho, “[...] na visão marxiana, se caracteriza por um processo de que participam o homem e a natureza, o processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercambio material com a natureza” (RODRIGUES, 2005, p. 39).

O trabalho enquanto atividade humana determina-se a partir de uma necessidade, envolvendo a utilização de instrumentos e da habilidade de criação do homem, transformando-o em trabalho criador, vivo em ato (MERHY, 2002a; ERMEL e FRACOLLI, 2006).

O trabalho em saúde sofre influencias das organizações produtivas hegemônicas, embora seja um trabalho sem características industriais. Um exemplo dessa influencia, que ocorreu no Brasil, pôde ser vista quando houve a mudança das bases agroexportadoras para a industrialização, no fim do século XIX, o que culminou na substituição da mão de obra escrava pelo trabalho livre assalariado (RIZZOTTO, 1999). Assim, no setor saúde, o trabalho é “[...] um trabalho coletivo institucional que se desenvolve com características do trabalho

profissional e, também da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho [...]” (RIBEIRO e BLANK, 2004, p. 438).

Atualmente, mais especificamente na AB brasileira, o trabalho em equipe tem ocorrido de modo a reorientar o trabalho coletivo, constituindo-se em uma das definições do processo de trabalho em saúde (SILVA, 2002; BRASIL, 2006). Para Franco (2006, p.), “o processo de trabalho em saúde na sua micropolítica, quando esta funciona sob uma certa hegemonia do trabalho vivo, vai nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva”.

Portanto, refletir sobre o trabalho cotidiano nos serviços de saúde, suas características próprias, bem como as características de quem, como, para que e por que se realiza o trabalho, constitui-se de um tema de extrema importância para compreender a organização do SUS (MERHY, 2002b).

O PSF incorporou o trabalho em equipe, considerando-o como uma maneira de combater a especialização, enquanto característica marcante da área de saúde, principalmente na figura do médico. O profissional de saúde constitui-se como agente, a partir do momento em que a execução de suas atividades, além de transformar o objeto em produto, cumpre a finalidade inicialmente proposta de intervir na realidade (PEDUZZI, 2001; MERHY, 2002b).

Para Franco (2006), os encontros entre trabalhadores e trabalhadores e entre trabalhadores e usuários são responsáveis pelo trabalho em saúde, formando uma rede de relações e assumindo um alto grau de complexidade na medida em que utiliza o saber e o fazer singular de cada profissão. Entretanto, não podemos negar que

a complexidade da equipe multiprofissional refere-se sobretudo à articulação destes diferentes processos de trabalho, pois cada trabalho parcelar ou especializado (entenda-se aqui cada área profissional) constitui um processo peculiar, com objetos próprios e saberes e instrumentos que conformam especificidades. (PEDUZZI e PALMA, 2000, p. 239)

Porém, o trabalho em equipe não significa que as especificidades próprias de cada profissional de saúde não possam contribuir para a melhoria da assistência prestada (PEDUZZI, 2001). Existe a necessidade de manter essas especificidades, onde o saber técnico de cada profissional possa ser utilizado sem, contudo, impedir que ocorra a produção do cuidado em equipe, com a contribuição de todos.

Embora historicamente o trabalho em saúde esteja estruturado sob a égide do modelo médico privatista, que ainda exerce influência sobre a organização das práticas (PEDUZZI e PALMA, 2000), a AB, através da Portaria nº 648/2006, do Ministério da Saúde (MS) avança no sentido de que ao determinar quem são os membros das Equipes de Saúde da Família (ESF) e de Saúde Bucal (ESB), relacionando quais devem ser as características do processo de trabalho, incluindo as atribuições específicas de cada profissional e as atribuições da equipe, no sentido de promover a reorientação das ações em busca de promover a mudança do modelo vigente.

O trabalho das equipes de saúde torna-se uma alternativa ao modelo assistencial vigente, em busca de uma nova prática que envolve além das mudanças no nível das políticas públicas (RIBEIRO e PIRES, 2004), a mudança no nível individual, de cada membro da equipe, a fim de que ocorra “uma incorporação de saberes e tecnologias que instrumentalizem novas práticas de saúde, tanto no que se refere às ações diretas de prestação de serviços, quanto ações indiretas, de planejamento e gestão do processo de trabalho” (SILVA, 2002).

Ao estudar o processo de trabalho das equipes de saúde, é necessário reconhecer, além dos agentes, a maneira como o trabalho é produzido e que tecnologias são utilizadas para realizá-lo. Para essa discussão utilizaremos o referencial produzido por Mendes Gonçalves em 1994, ao estudar as práticas de saúde em centros de saúde de São Paulo.

Em seu estudo, Mendes Gonçalves objetivou verificar a tecnologia que operava o processo de trabalho nos centros de saúde. Para tanto, ele definiu tecnologia como “(...) um conjunto de coisas, de objetos materiais, denotando primordialmente sua função técnica nos processos produtivos” (1994, p.15). Para ele, o desenvolvimento tecnológico geralmente está relacionado a novos meios de trabalho, cuja eficácia é sua principal característica.

Isso é justamente o que tem ocorrido no processo de trabalho das equipes de saúde que atuam no PSF: a incorporação de novas tecnologias que buscam (re) organizar a atenção à saúde. Podemos confirmar esse fato através de documento do MS publicado em 1998, que determina que a USF deva atuar de acordo com os seguintes princípios: caráter substitutivo; integralidade e hierarquização; adscrição da clientela, e a equipe multiprofissional (FRANCO e MERHY, 2006).

Ou seja, existe a necessidade de, a partir das novas diretrizes trazidas pelo PSF de incorporar tecnologias que permitam aos profissionais de saúde, agentes de mudança, viabilizar a (re) organização do modelo assistencial através da (re) organização do processo de trabalho, em particular o do médico.

O processo de trabalho da equipe baseia-se nas ações programáticas, visitas domiciliares, consultas clínicas e ações de planejamento e programação normatizadas pelo MS (FRANCO E MERHY, 2006). Foram incorporadas na AB práticas relacionadas à prevenção, promoção e recuperação da saúde (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005), buscando intervir inclusive nos fatores de risco à saúde.

Essencialmente o processo de trabalho baseia-se no modelo de saúde x doença adotado socialmente, em determinada época histórica, de acordo com os avanços ocorridos nas ciências biológicas e médicas. O modelo de História Natural da Doença (HND), sistematizado por Leavell e Clark, que busca métodos para prevenir e controlar doenças e problemas de saúde (ALMEIDA FILHO, 2006), contribuiu sobremaneira para a redefinição das práticas de saúde.

Para Paim (2002) no modelo clássico HND, verificam-se cinco níveis de prevenção: promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação de danos e reabilitação, descritos a seguir por Silva (2002, p. 20 e 21):

1 - **prevenção primária**, contemplando a *promoção da saúde e proteção específica* como modalidades de intervenção sobre o período de pré-patogênese; 2 - **prevenção secundária** com *diagnóstico precoce e tratamento imediato*, bem como, a *limitação da incapacidade*; 3 – **prevenção terciária** através da *reabilitação*.

Concordamos com Paim (2002; 2003) que considera que os modelos assistenciais são combinações de tecnologias utilizadas para intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Ou seja, o PSF incorpora, além da prevenção nos três níveis descritos acima, como utiliza a vigilância da saúde, atuando sobre danos, riscos e determinantes, articulando as ações de promoção, prevenção e cura em determinado território. A ESF deve atuar utilizando saberes e tecnologias interdisciplinares, com vistas a garantir a resolução de problemas e o atendimento de necessidades individuais e coletiva. Visa, portanto, a organização dos meios de trabalho a serem utilizados.

Nesse estudo consideramos como atribuições ou atividades de saúde coletiva toda e qualquer ação desenvolvida pelos trabalhadores de saúde que atuam no PSF, incluindo a ESB. Daqui por diante, quando nos referirmos a ESF ou UBS, estaremos incluindo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Cirurgião-dentista (CD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

As atividades de saúde coletiva serão agrupadas da seguinte forma: controle de causas; controle de riscos; controle de danos; atividades de planejamento e gestão em saúde. Buscaremos além de relacionar o que consideramos como atividades de saúde coletiva, relacionar os meios de trabalho e as finalidades dessas atividades. Tal procedimento nos permitirá identificar as atribuições de saúde coletiva que devem ser realizadas pela ESF e buscando entre estas, quais são as atividades comuns a todos os profissionais. As atividades consideradas comuns a todos os profissionais da equipe são as que compõem o plano de análise do nosso estudo (apêndice 1).

2.2 Definição das práticas de Saúde Coletiva

A definição das *atividades de controle de causas, controle de riscos e controle de danos*, baseia-se no referencial discutido por Silva (2002), a partir de Paim:

- o controle de causas ocorre a partir de determinações sociais e do ambiente, estilo de vida e necessidades locais da população. Seu controle será mediante a ação conjunta da sociedade civil organizada e de políticas públicas intersetoriais;

- o controle de riscos é identificado a partir da exposição ou não, a um fator determinante para um indivíduo ou coletividade saudável;

- o controle de danos ocorre a partir de casos suspeitos ou confirmados. Inclui ações de diagnóstico precoce, cura de doenças e prevenção de seqüelas na área adscrita.

As *atividades de planejamento e gestão em saúde* em saúde foram divididas em territorialização e organização das ações de saúde. Para definir as atividades de territorialização nos baseamos em MEDINA (2006), que considera essa ação como parte do processo desenvolvido em geral, quando da implantação do PSF, devendo ser constantemente atualizado. Tem como objetivo conhecer o território e a população adscrita, a fim de proporcionar a organização da oferta baseada no perfil da população. Consideramos como ações fundamentais: definição da população alvo, cadastramento de famílias e o mapeamento da área e sua lógica.

A organização das ações de saúde engloba algumas ações que estão descritas na Portaria 648/2006, nos itens 4 e 5 do Capítulo I e no anexo I, respectivamente:

4. I – manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para análise da situação de saúde considerando as

características sociais, econômicas, culturais e demográficas e epidemiológicas do território;

V – trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

IX – acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

Anexo I

VIII – participar das atividades de planejamento e avaliação das equipes de saúde, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI – garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII – participar das atividades de educação permanente;

XIII – realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

(BRASIL, 2006, p. 10, 11, 19,20)

2.3 Meios de trabalho e as finalidades das práticas de Saúde Coletiva

Definimos como *meios de trabalho* utilizados para a realização das atividades de SC, o conjunto de instrumentos e saberes que permitem aos profissionais o conhecimento, a manipulação e a aproximação de seu objeto (o usuários), buscando atender a certas finalidades (ALMEIDA e ROCHA, 1997). Classificamos os meios de trabalho em conhecimentos e instrumentos utilizados para a realização de atividades de Saúde Coletiva na USF. Consideramos como instrumentos o arsenal de materiais utilizados pelos profissionais da ESF para a produção dos serviços. Esta produção caracteriza-se por ter na ciência o seu alicerce e, por conseguinte em seus instrumentos materiais de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1994).

Como conhecimentos, consideramos o saber de cada agente sobre o seu trabalho, seja ele adquirido durante ou após a sua formação profissional, por meio de cursos, atualização, entre outros. Tais conhecimentos procedem principalmente da Epidemiologia, Planejamento e gestão em saúde, Ciências Sociais aplicadas à saúde e a Educação em Saúde, estando todos interligados e característicos do arcabouço teórico que sustenta a Saúde Coletiva.

O saber em sua dimensão coletiva pode ser compreendido ao corresponder as necessidades coletivas determinadas pelo Estado; ao se constituir como objeto de intervenção considerando a saúde e a doença no plano individual e coletivo; e ao utilizar instrumentos de trabalho adequados, correspondentes ao registro numérico (situação de saúde em determinado território) e ao modo de implantar as ações (MENDES GONÇALVES, 1994).

Com relação às *finalidades* das práticas de Saúde Coletiva, consideramos a discussão realizada por Medina (2006) e o descrito por Brasil (2006). Para Medina, as finalidades são: o conhecimento da população e do território, compreensão do contexto comunitário e a melhoria das condições de saúde da população.

A seguir, descreveremos as atividades que consideramos como finalidades, que estão normatizadas pelo MS (BRASIL, 2006, p. 19):

Anexo I

III – realizar ações de atenção integral conforme a necessidade da saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
IV – 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 de atividades programáticas e de vigilância à saúde;

VI – realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

IX – promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X – identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe sob a coordenação da SMS;

Concordamos com Rodrigues e Araújo (2001) que consideram a re-significação do modelo assistencial médico centrado para o usuário centrado como a própria re-significação do processo de trabalho em saúde, que se torna produtor do cuidado individual e coletivo, buscando a integralidades, interdisciplinaridade, intersetorialidade, o trabalho em equipe, o vínculo, a humanização, e a co-responsabilização.

Isso se deverá a uma mudança na postura profissional do sujeito, agente e protagonista, que pode e deve intervir na realidade de saúde da população a qual esteja vinculado, implicando na mudança do processo de trabalho em saúde e conseqüentemente na (re) organização do modelo assistencial (SANTANA, 2000; RODRIGUES, ARAÚJO, 2001; FRANCO, MERHY, 2006), concretizando o desejo de que o PSF seja a estratégia adequada para (re) modelar o modelo assistencial de saúde em nosso país.

CAPÍTULO 3

A ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Caminante son tus huellas

**El camino nada más;
caminante no hay camino
se hace camino al andar.**

**Al andar se hace camino
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.**

(Trecho de Caminante, no hay camino)

Antonio Machado

A ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Para a realização deste estudo, optamos por realizar um estudo descritivo de natureza qualitativa, pois concordamos com Matheus e Fustinoni (2006, p.20), que “este tipo de pesquisa possui a capacidade de fazer emergir aspectos novos, descobrir novos nexos ou novas articulações de significados”. Tal afirmação sintetiza o nosso interesse em utilizar tal abordagem, pois consideramos que este estudo tem como proposta trazer novo significado às atividades realizadas pela Equipe de Saúde da Família.

Para Minayo (p.57, 2007):

Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupo particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

Buscamos relacionar as atividades realizadas pela ESF em seu cotidiano com o que consideramos neste estudo como atividades de saúde coletiva na Atenção Básica (prevenção primária, secundária e terciária) a fim de descrever o processo de trabalho dos sujeitos envolvidos. Consideramos que as atividades comuns aos profissionais das ESF estão relacionadas com as práticas de Saúde Coletiva, a saber: Atividades Gerais (Controle de causas, controle de riscos, controle de danos, Atividades de Planejamento e Gestão em Saúde); Meios de Trabalho e Finalidades das práticas de Saúde Coletiva.

A escolha de Alagoinhas como cenário para a realização desse estudo originou-se da nossa inserção enquanto enfermeira desde 2001, início da nossa trajetória profissional, o que nos possibilitou participar como enfermeira integrante da Saúde da Família, da Vigilância Epidemiológica e da Coordenação da Atenção Básica deste município, ampliando a nossa visão acerca da importância da AB para a melhoria das ações previstas pelo SUS.

3.1 Breve caracterização do município do estudo

O município de Alagoinhas fica situado no Litoral Norte, a 109 km de Salvador, capital do estado, apresenta uma estimativa populacional de 137.807 habitantes, (DATASUS, 2009). O município situa-se na mesorregião do Nordeste baiano e limita-se ao norte com Inhambupe, ao sul com Catu e Araçás, ao leste com Entre Rios e Araçás e ao oeste com Teodoro Sampaio e Aramari. Está ligada a Salvador através da rodovia BR – 110 numa distância média de 117 km, e a Feira de Santana através da rodovia BR – 101, numa distância média de 78 km, dista da divisa com o Estado de Sergipe em 100 km através da rodovia BR – 101.



Atualmente o município é constituído pela sede, pelos distritos de Riacho da Guia e Boa União e pelos povoados de Estevão, Narandiba, Quizambú, Sauípe, Rio Branco, Macaquinho, Catuzinho, Calu, Lamarão, Papagaio, Buri, dentre outros. Quanto à distribuição da população por segmento territorial, 86% da população reside na zona urbana, e 14% na zona rural, caracterizando uma população essencialmente urbana, havendo uma ligeira predominância do sexo feminino (52%) e uma maior concentração populacional na faixa etária de 20 a 29 anos (19,3%) (IBGE, 2008).

É o sexto município baiano em área territorial, possuindo uma extensão de 736,8 km², e uma densidade demográfica de 190,4 hab./km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Alagoinhas é de 0,729, o que classifica o município como sendo de médio desenvolvimento humano. Possui como principal atividade econômica o comércio e indústrias de pequeno porte.

Está habilitado na Gestão Plena do Sistema, segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) desde 2001 e conta atualmente com 23 Unidades de Saúde da Família, 01 Centro de Saúde (Parque Floresta) e 02 equipes de PACS, oferecendo serviços próprios de Atenção Básica (Pré-Natal, Planejamento Familiar, Hiperdia, Ginecologia, Pediatria, Clínica Médica); oferta serviços de média complexidade próprios, a exemplo do Serviço Atendimento Especializado/Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Programa de Asma e Rinite (PROAR), Programa de Controle do Tabagismo, consultas com especialistas e serviço de radiologia, e serviços conveniados (laboratórios, exames, especialidades). Conta, também, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Maternidade e o Hospital Regional Dantas Bião, este último sob administração terceirizada do Monte Tabor.

Alagoinhas faz parte da Macrorregião Nordeste, da qual fazem parte mais 111 municípios, inclusive a capital do Estado, Salvador. A Macrorregião Nordeste é formada por 10 microrregiões de saúde com aproximadamente 2,5 milhões de habitantes. Alagoinhas é considerada como cidade pólo de sua microrregião, composta por 18 municípios, num total de 483.670 habitantes, distribuídos conforme tabela abaixo:

Municípios da Microrregião Alagoinas	
290030 - ACAJUTIBA	14.628 habitantes
290070 - ALAGOINHAS P + + +	132.725 habitantes
290190 - APORÁ	17.870 habitantes
290205 - ARAÇÁS	11.662 habitantes
290220 - ARAMARI	9.527 habitantes
290700 - CARDEAL DA SILVA	8.280 habitantes
290750 - CATU P	48.697 habitantes
290960 - CRISÓPOLIS	19.510 habitantes
291050 - ENTRE RIOS	38.886 habitantes
291060 - ESPLANADA	31.118 habitantes
291370 - INHAMBUPE	34.388 habitantes
291590 - ITANAGRA	6.605 habitantes
291650 - ITAPICURU	30.703 habitantes
291790 - JANDAÍRA	9.758 habitantes
292330 - OURIÇANGAS	7.802 habitantes
292410 - PEDRÃO	7.238 habitantes
292700 - RIO REAL	36.169 habitantes
292970 - SÁTIRO DIAS	18.104 habitantes
Total	483.670 habitantes

Fonte: Modificado de http://www.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_micro.asp?MICRO=Alagoinas Acesso: 21/04/09

LEGENDA	
P	Gestão Plena
+	Referência Macrorregião
+	Referência Microrregião
+	Sede de DIRES

3.2 Selecionando o cenário e os sujeitos do estudo

A seleção inicial das Unidades de Saúde da Família (USF) que poderiam participar do estudo seguiu o critério de melhor desempenho quanto à realização das atribuições comuns aos profissionais, discriminadas na Portaria 648/2006 (BRASIL, 2006), segundo avaliação da Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, obtida mediante uma entrevista aberta com sua responsável (apêndice 2).

A coordenadora municipal de Atenção Básica indicou três USF, sendo que apenas uma foi selecionada por atender aos seguintes critérios adicionais: equipe completa e profissional com o mínimo de um ano trabalhando na unidade. Tais critérios foram utilizados a fim de descrever o processo de trabalho da equipe completa e pelo fato de que o pequeno tempo de permanência devido à alta rotatividade de profissionais no PSF dificulta a aproximação destes com a comunidade e compromete a realização das atividades que são próprias a esse trabalho.

Os sujeitos de estudo foram os componentes da Equipe de Saúde da Família selecionada, a saber, médica, cirurgiã-dentista, enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde. A auxiliar de consultório dentário (ACD) não foi incluída no estudo, por identificarmos que suas atividades não poderiam ser classificadas como práticas de saúde coletiva, visto que se restringiam ao apoio aos procedimentos individuais executados pela cirurgiã-dentista da equipe.

3.3 Aspectos éticos

Este projeto seguiu as normas da Resolução nº 196 de 16/10/1996 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), sendo aprovado em 18 de julho de 2008, protocolo nº 016/2008 (anexo 1). Foi solicitada e concedida a anuência institucional à Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas para a realização do estudo (anexo 2) em 11 de junho de 2008. Após a anuência institucional e aprovação do projeto pelo CEP-UEFS, os sujeitos do estudo foram consultados e obtivemos o seu consentimento livre e esclarecido através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (apêndice 6).

A pesquisadora assegurou o anonimato dos informantes, preservando sua integridade moral, intelectual, social, cultural e profissional. Como benefícios, buscamos descrever as atividades em Saúde Coletiva realizadas pelos profissionais que atuam no PSF em Alagoinhas – Bahia, a fim de proporcionar reflexões críticas sobre a importância da realização destas atividades na busca da consolidação do SUS neste município. Como possíveis riscos apontamos algum desconforto relacionado às opiniões fornecidas pelos informantes ou o fato destes sentirem-se fiscalizados pela pesquisadora.

3.4 Plano de análise do estudo

As categorias que compõem o plano de análise elaborado para esse estudo inspiraram-se na teoria do processo de trabalho em saúde proposta por Mendes-Gonçalves (1994). Assim, foram definidas como categorias de análise determinados componentes do processo de trabalho em saúde, a saber: atividades, meios de trabalho e finalidades, aplicados às práticas de saúde coletiva. Cada categoria de análise foi desagregada em categorias operacionais, oriundas da contribuição de Mendes Gonçalves (1994), Silva (2002), Brasil (2006) e de Medina (2006) sobre as práticas das equipes de Saúde da Família e cotejadas com as atribuições comuns a todos os profissionais do PSF definidas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006). E correlacionamos às categorias operacionais às variáveis (apêndice 1).

3.5 Coletando os dados

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada e a observação participante. A entrevista semi-estruturada e a realização da observação seguiram roteiros próprios, o que permitiu à pesquisadora explorar seus objetivos durante a abordagem (MINAYO, 2007). Os roteiros (apêndices 4 e 5) foram elaborados a partir da matriz de coleta de dados (apêndice 3) oriunda do plano de análise.

A matriz de coleta de dados relacionou, para cada variável do estudo, as questões que seriam abordadas e as fontes de verificação, bem como os informantes necessários para proceder à investigação. O roteiro da entrevista incluiu os dados de identificação do informante, permitindo caracterizar o perfil das entrevistadas. O roteiro de observação foi dividido em duas partes, para identificar as atividades realizadas por cada profissional e pela equipe em seu conjunto.

A coleta dos dados ocorreu no período compreendido entre outubro e dezembro de 2008. As entrevistas foram entremeadas com a observação de alguns procedimentos realizados pelos profissionais. Foram realizadas 11 entrevistas, previamente agendadas com os profissionais. Cada entrevista durou 30 minutos em média e foi gravada pela pesquisadora. Antes de cada entrevista foi fornecido o TCLE, em duas vias, que foi lido e assinado pela entrevistada, ficando uma das cópias em sua guarda.

A observação foi do tipo participante, método que permite ao pesquisador integrar-se e interagir com o grupo estudado, com o objetivo de captar e vivenciar as atitudes e rotinas, “diretamente do contexto ou situação específica do grupo” (LAKATOS e MARCONI, p. 277, 2008). As observações incluíram os seguintes procedimentos: quatro consultas médicas, oito consultas de enfermagem, cinco visitas domiciliares da médica acompanhada pelas ACS, duas visitas domiciliares da enfermeira acompanhada pelas ACS, uma sala de espera sobre verminoses, uma caminhada pela paz na área de abrangência, uma reunião de equipe e uma reunião do Conselho Local de Saúde. O registro das observações foi realizado em um diário de campo.

3.6 Perfil dos sujeitos do estudo

A caracterização dos sujeitos do estudo foi possível a partir dos dados de identificação coletados durante as entrevistas. Os sujeitos do estudo eram os profissionais de saúde que atuavam na USF selecionada, compondo uma equipe formada exclusivamente por mulheres. Eram seis ACS, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, uma médica e uma dentista. A média de idade entre elas era de 37,9 anos, sendo que a mais velha tinha 53 anos e a mais jovem 28 anos. A média de tempo de atuação profissional era de 12,1 anos. As ACS possuíam 15 anos de profissão, iniciando suas atividades ainda no PACS e atuando no PSF desde 2001.

As ACS possuíam segundo grau completo e duas delas fizeram o curso de Técnico em enfermagem, mas não atuam profissionalmente. As técnicas de enfermagem possuíam o curso de Enfermagem do Trabalho e atuavam na equipe há três anos. A médica estava na unidade há três anos e dez meses (na data da entrevista) e possuía residência em Pediatria.

A enfermeira e a dentista estavam na equipe há um ano e meio (na data da entrevista) e tinham seis anos de formação profissional. A enfermeira possuía especialização em Saúde coletiva e em PSF. A cirurgiã dentista realizou especialização em Saúde Coletiva e Atualização em Prótese. A equipe já realizou o Treinamento Introdutório, com exceção da enfermeira e da dentista que participaram do Treinamento em outras equipes.

Durante a descrição e análise dos dados, utilizaremos para identificar cada profissional, o nome de uma cidade da Microrregião de Alagoinhas, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Identificação das entrevistadas

Profissional	Identificação
ACS 01	Araçás
ACS 02	Inhambupe
ACS 03	Aramari
ACS 04	Pedrao
ACS 05	Entre Rios
ACS 06	Rio Real
Técnica de enfermagem 01	Crisópolis
Técnica de enfermagem 02	Jandaíra
Enfermeira	Esplanada
Médica	Ouriçangas
Cirurgiã dentista	Aporá

3.7 Ordenando e classificando os dados

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora. Na transcrição foram captadas as perguntas e as respostas de cada entrevista. Após a transcrição procedemos a supressão dos dados de identificação e das perguntas realizadas pela pesquisadora. Os textos resultantes desse primeiro processo foram lidos exhaustivamente e das leituras foram retirados os núcleos de sentido.

A partir desse primeiro movimento, classificamos os núcleos de sentido de acordo com as categorias do plano de análise. Entretanto, emergiram do discurso das entrevistadas, novas categorias de análise que consideramos relevante incorporar ao plano original, a saber: “principais atividades realizadas pelo profissional” e “relações sociais no trabalho”. Além destas, acrescentamos “atividades educativas” como categoria operacional da categoria de análise “atividades de saúde coletiva”, pois muitas dessas ações foram citadas pelas entrevistadas de maneira genérica, o que não permitiu classificá-las como variável pertencente ao controle de causas, de acordo com o previsto no plano de análise original.

Formulamos um roteiro para a análise dos dados que incorporou as novas categorias surgidas no plano empírico, conforme a seguinte discriminação:

Quadro 2 - Roteiro para análise de dados

Categoria de Análise	Categoria (s) Operacional (ais)	Variáveis
Atividades principais Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Básica	Controle de Causas	-Promoção de hábitos saudáveis entre as famílias adscritas -Estímulo à criação de espaços saudáveis dentro da área de abrangência

		-Promoção da arte e da cultura local -Promoção de atividades físicas e de lazer
	Controle de Riscos	-Educação para saúde -Imunização -Vigilância epidemiológica (controle de vetores) -Vigilância sanitária (controle da qualidade dos alimentos)
	Controle de Danos	-Vigilância epidemiológica (notificação e investigação de casos) -Educação para a saúde de grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças 0 a 2 anos, portadores de tuberculose e hanseníase) -Visitas domiciliares
	Atividades de Planejamento e Gestão em Saúde	<u>Territorialização:</u> Definição da população alvo, cadastramento das famílias, realização de mapeamento da área, lógica do mapeamento.
	Atividades de Planejamento e Gestão em Saúde	-Realização e atualização da situação de saúde da área adscrita; -Programação das atividades em equipe (inclui reuniões de equipe, definição da semana típica, acolhimento, execução de ações de programas específicos - Tuberculose, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase); -Administração de recursos humanos e materiais (coordenar, monitorar e supervisionar e capacitar os Agentes Comunitários de Saúde e equipe de enfermagem; solicitação, armazenamento e controle de medicamentos, materiais e equipamentos); -Educação permanente (identificação de assuntos da área de Saúde Coletiva que necessitem de capacitação ou atualização; participação em cursos oferecidos pela Secretaria de Saúde).
	Atividades Educativas	
Meios de Trabalho de Saúde Coletiva na Atenção Básica	Instrumentos	-Registros dos dados (formulários, planilhas, matrizes, livros); -Mapas; -Reuniões, oficinas de trabalho, grupos.
	Conhecimentos	-Epidemiologia -Planejamento e gestão em saúde -Ciências sociais aplicadas à saúde -Educação em saúde
Relações Sociais no Trabalho	Interação entre os membros da equipe	-
	Colaboração entre os membros da equipe	
	Atividades realizadas em equipe	
Finalidades das práticas de Saúde Coletiva na Atenção Básica	Conhecimento da população e do território	-Descrição da população adscrita e do território. -Descrição das características econômicas, sociais e culturais da população adscrita.
	Compreensão do contexto comunitário	-Intervenções baseadas no conhecimento sobre a evolução dos indicadores de saúde da população adscrita disponíveis.
	Melhoria das condições de saúde da população adscrita	-Avaliação sistemática da situação de saúde das famílias

		-Priorização de grupos para atendimento -Planejamento local junto com a comunidade -Articulação política da equipe (com a comunidade, lideranças, órgãos governamentais e não – governamentais, articulação intersetorial) -Estímulo ao controle social (Conselhos Locais de Saúde)
--	--	--

O processamento dos dados foi realizado mediante o uso de matrizes de sistematização segundo as categorias do estudo. Construimos matrizes para cada profissional, relacionando o seu discurso com as categorias de análise.

Quadro 3 – Matriz de processamento de dados por profissional

PROFISSIONAL			
Atividades de Saúde Coletiva	Meios de trabalho	Relações sociais no trabalho	Finalidades
Atividades Gerais			
Controle de Causas			
Controle de Riscos			
Controle de Danos			
Atividades de Planejamento e Gestão em Saúde			
Atividades educativas			

Depois, construimos matrizes relacionando o discurso de todos profissionais a cada uma das categorias isoladamente, o que permitiu a produção de textos segundo categoria de análise, base para a descrição e análise dos resultados.

Quadro 4 – Matriz de cruzamento de dados por categoria de análise

PROFISSIONAL	CATEGORIA DE ANÁLISE:		
	Categorias Operacionais		
ACS 01			
ACS 02			
ACS 03			
ACS 04			
ACS 05			
ACS 06			
Técnica de enfermagem 01			

Técnica de enfermagem 02			
Enfermeira			
Médica			
Cirurgiã-dentista			

3.8 Descrevendo e analisando os dados

Na descrição dos dados, organizados em textos segundo categoria de análise, buscamos identificar os achados comuns e divergentes entre os discursos das entrevistadas, agrupando-as, quando pertinente, por categoria profissional. Realizamos, também, um esforço de correlacionar os meios de trabalho com as atividades realizadas e do mesmo modo, correlacionar as atividades com as finalidades. Os dados da observação foram utilizados de forma a complementar, contrapor ou justificar os achados das entrevistas.

A análise de dados foi baseada na análise de conteúdo. Para Minayo (p.303, 2007) a análise de conteúdo “diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

A análise dos resultados nos permitiu entender a construção dos discursos (MINAYO, 2007), correlacionando-os ao referencial teórico, permitindo a compreensão dos dados obtidos. O plano de análise foi fundamental para a descrição e análise dos resultados, pois nos permitiu seguir um roteiro e utilizá-lo para tratar as categorias que surgiram dos dados empíricos. Ao relacionar as atividades que consideramos como de Saúde Coletiva, com o referencial teórico, buscamos compreender como ocorrem e como são produzidas essas ações, além de reconhecer em quem as produz o envolvimento e quais as finalidades esperadas com a realização dessas práticas.

CAPÍTULO 4

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Vamos percebendo que a cartografia do trabalho vivo é composta por muitas linhas em conexão, que se abrem em múltiplas direções. Isso lhe dá essa extraordinária característica caótica, revolucionária, potencialmente instituinte.

Túlio Batista Franco (2003)

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Atividades principais

Destacamos, em primeiro lugar, a descrição das atividades realizadas pelos profissionais, citadas espontaneamente, que aqui consideramos como as atividades mais relevantes segundo a percepção dos mesmos. A Portaria 648/2006 define, além dos profissionais que compõem a USF e a equipe de saúde bucal mínima, as atribuições comuns a todos os profissionais e as atribuições específicas de cada um (BRASIL, 2006). Nesta primeira categoria, percebemos que os profissionais espontaneamente fizeram referência tanto a atividades comuns, quanto a atividades individuais.

Entre os ACS, era comum relacionar as visitas domiciliares e o acompanhamento das famílias, o que pode ser evidenciado na fala de Entre Rios:

Eu sou agente comunitária e a minha principal atividade é visitar e acompanhar as famílias.

As atividades relacionadas às ações de e planejamento gestão em saúde não foram citadas espontaneamente pelas ACS ao descreverem suas principais atividades. Duas ACS referiram que o encaminhamento para a USF era uma das atividades realizadas. Segundo Inhambupe:

A gente faz o que, a gente é o elo entre a comunidade e o Posto (...)

As técnicas de enfermagem descreveram, como principais atividades, as ações de natureza assistencial, principalmente as relacionadas às técnicas básicas da enfermagem, tais como administração de vacinas e medicamentos, verificação de pressão arterial e realização de curativos. Além disto, elas referiram a realização de atividades administrativas como marcação de consultas, arquivamento de prontuários, etc. Tais atividades embora não façam parte do que consideramos como atividades atribuídas às técnicas de enfermagem são realizadas com a justificativa da ausência de auxiliar ou agente administrativo na unidade.

Entre as atividades mencionadas pelos profissionais de nível superior, destacam-se as assistenciais e educativas (individual e em grupo), além das visitas domiciliares:

Eu trabalho com consulta, com palestras, com sala de espera, com visitas domiciliares e atividades educativas fora do posto. (Ouriçangas).

Apenas a enfermeira referiu espontaneamente a realização de atividades de vigilância epidemiológica e gestão e planejamento. Ribeiro, Pires e Blank (2004) em seu texto sobre a teorização do processo de trabalho em saúde, ressaltam que o PSF propõe a mudança do modelo hegemônico, médico-centrado e, portanto essencialmente um desafio para a transformação de práticas assistenciais individuais x assistência à saúde individual e coletiva realizada por uma equipe interdisciplinar.

Ressaltamos que as atividades consideradas pela equipe como principais, estão contempladas no que consideramos neste estudo como atividades de saúde coletiva. Entre elas podemos destacar: as visitas domiciliares, atividades educativas e o acompanhamento das

famílias. Este fato diverge dos achados de Silva (2000), em que as atividades foram caracterizadas como reprodutoras do modelo hegemônico essencialmente voltado para ações assistenciais, fato comprovado e relatado por Mendes Gonçalves em seu estudo realizado em 1994.

Reportamo-nos a Mendes Gonçalves (1994), que ao discutir os achados do seu estudo, embora não tenha utilizado exatamente uma classificação para as práticas dos profissionais dos centros de saúde, relacionou as atividades de controle do processo de trabalho (com enfoque na supervisão de profissionais), atividades administrativas e burocráticas, atividades de prestação direta de serviços, além de atividades de treinamento de pessoal.

Poderíamos afirmar que as atividades acima também foram encontradas em nosso estudo. Porém, essas atividades que ora estudamos ocorreram em outro contexto, viabilizado principalmente pela incorporação das atividades de saúde coletiva relacionadas a uma assistência a saúde voltada para o individual e o coletivo, com ênfase no trabalho em equipe, buscando a integralidade das ações.

A partir dessas atividades principais, iniciaremos a seguir a descrição e discussão sobre categorias de análise, correlacionando as atividades consideradas como comuns a todos os profissionais da USF, baseadas nos pressupostos da saúde coletiva.

4.2 Atividades de saúde coletiva na ESF

A categoria **atividades de saúde coletiva na atenção básica** foi composta por: controle de causas, controle de riscos, controle de danos e atividades de planejamento e gestão em saúde. Estas últimas foram subdivididas em atividades de territorialização e organização das ações de saúde, como mencionado na metodologia desse trabalho. Apesar de termos classificado as atividades educativas como uma variável do controle de danos, ela emergiu do discurso dos entrevistados como controle de causas, controle de riscos e sem uma relação direta com tais categorias.

Nesta categoria, buscamos agregar as atividades de prevenção primária, secundária e terciária na AB, considerando Silva (2000) e relacionando as atribuições gerais previstas na Portaria 648/2006. Para melhor entendimento, descreveremos e discutiremos cada categoria operacional em separado.

4.2.1 Controle de causas

Esta categoria foi relacionada com as atividades consideradas como atividades de promoção da saúde (SILVA, 2002). Com relação ao *controle de causas*, as principais atividades realizadas pelos profissionais foram a promoção de alimentação saudável, atividades de lazer e estímulo à realização de atividades físicas:

Promovo assim, orientando mais assim a parte da alimentação. (Araçás).
Lazer... A gente trabalha sempre que tem o dia do idoso ou o dia do diabético, hipertenso, a gente sempre, é, procura professora de ginástica, pra fazer atividade física (...). Tudo, tudo que venha movimentar o corpo eles gostam. (Rio Real).
Brincamos de roda, eles sambaram, é ótimo, o pessoal gosta e até pediu pra gente formar assim, grupo de idosos, entendeu? (Araçás).

Apenas uma ACS citou a promoção de atividades de cultura:

A gente na época do São João, a gente criava um tipo de quadrilha (...). E agora também com a biblioteca que a gente faz como já foi Lei né, o dia doze de outubro é o Dia Municipal da Leitura então a gente faz no dia doze de outubro, todo ano. (Entre Rios).

Ouriçangas informou que já deu a idéia de criar um parque infantil na praça próxima a Unidade:

(...) eu já dei a idéia de criar uma pracinha que tem aqui perto, botar parquinho, pra gerar mais uma área de lazer pras crianças, pra não ficarem no meio da rua (...).

Destacamos que a promoção de atividades físicas era mais direcionada ao grupo de idosos, hipertensos e diabéticos, e que não existia um cronograma de realização dessas atividades. Para Esplanada, essas ações eram uma forma de incentivo:

(...) mostrar que é importante fazer atividade física, uma forma também de socialização entre eles (...).

Nesse item, a promoção de hábitos saudáveis foi relacionada à alimentação entre a maioria dos entrevistados e que o estímulo a criação de espaços saudáveis somente foi citado

por Ouriçangas e Pedrão, que colocaram a idéia de criar um parque infantil, que foi compartilhada com a Associação de Moradores local.

Percebemos que as ações são além de serem mais voltadas a grupos específicos estão relacionadas a realização de atividades físicas e de lazer. As demais atividades, talvez por demandarem ações intersetoriais, embora sejam relatadas por alguns profissionais, não são concretamente realizadas.

4.2.2 Controle de riscos

Relacionamos o controle de riscos às atividades de proteção da saúde (SILVA, 2002). Todas as ACS informaram participar das ações relacionadas à imunização, descrita neste trabalho como uma das atividades de *controle de riscos*. As ACS participavam das campanhas de vacinação (crianças, idosos e animais), como podemos observar na fala de Inhambupe:

Tanto a vacina canina, como a de crianças, de idoso. A gente, a gente mobiliza a comunidade.

Apenas uma delas informou que realizava o acompanhamento da vacinação de rotina das crianças menores de cinco anos:

No dia a dia se eu for, quando eu vou fazer a visita, eu falo da importância da vacina né (...), então eu tenho esse acompanhamento, se eu pego mensalmente, eu tenho como acompanhar, é, esse controle, né. (Aramari).

A maior mobilização com relação à imunização ocorria durante as campanhas, onde as ACS utilizam como estratégias pontos de vacinação em suas microáreas e a vacinação casa a casa, como relata Pedrão:

E às vezes a gente deixa num ponto fixo, vacina e depois vai fazer a busca ativa das faltosas que a gente já sabe quem é as faltosas. Elas não aparecem e a gente faz casa a casa.

As técnicas de enfermagem realizavam a imunização de rotina e durante as campanhas, exceto a vacinação canina:

No caso assim, quando tem as campanhas né, a gente sai pra fazer as vacinas. E também no dia a dia. A gente tá sempre procurando saber das pessoas que tomaram a vacina se tão com as vacinas em dias (Jandaíra).

Entre os profissionais de nível superior, quem participava ativamente das atividades de imunização era a enfermeira, sendo responsável pelo planejamento das ações durante as campanhas. A médica afirmou que:

a parte de imunização, eu assumo que eu to meio distante, entendeu? Eu acho que por conta do dia a dia que a demanda é muito grande pra atendimento, eu fico um pouco à parte disso.

A cirurgiã dentista informou que se a campanha fosse voltada para a vacinação de adultos, aproveitava os atendimentos para incentivar a participação dos pacientes:

Se for vacina pra uma faixa etária de adultos, a gente, eu sempre to avisando, nessa faixa etária: passem na sala de vacina, é importante e tal...

A enfermeira era apontada pela equipe como a responsável pela imunização, inclusive no que se refere ao controle, solicitação de insumos e às atividades de capacitação para técnicos de enfermagem e ACS. Com relação à imunização a equipe afirmou:

Quem tá mais por perto é a enfermeira (Ouriçangas).
Da imunização? A enfermeira participa mais (Araçás).
Das campanhas? Ah, geralmente a enfermeira, a médica não (Pedrão).
Só quem participa é o enfermeiro (Jandaíra).

Com relação à imunização percebemos a equipe de enfermagem e as ACS como os participantes mais ativos. A enfermeira do PSF apesar de ter incorporado outras ações, se mantém como responsável pela supervisão e manutenção do andamento de ações programáticas, corroborando com Nascimento e Nascimento (2005). Porém, ressaltamos que existe a participação da cirurgiã dentista, ainda que de forma pontual na divulgação das campanhas de vacina para adultos, evento não descrito em outros estudos aos quais tivemos acesso e que representa um avanço no tocante ao processo de trabalho do CD, historicamente procedimento – centrado.

As atividades de educação em saúde eram, em sua maioria, relativas às orientações individuais em casa, no caso das visitas domiciliares ou durante as consultas na unidade. Os temas mais abordados pela equipe foram: hipertensos e diabéticos, enfatizando o uso das medicações, dieta e atividade física; a importância do pré-natal para gestantes; saúde bucal; hábitos de higiene; verminose; dieta e alimentação para crianças.

Toda a equipe realizava atividades de educação para a saúde nos procedimentos individuais, inclusive as técnicas de enfermagem, como exposto a seguir:

E quanto às orientações também eu que to também na frente, eu que dou as orientações por cada paciente que vai na sala (Crisópolis)
Assim fazer palestra pra elas não. Mas a gente faz isso no momento que a gente tá fazendo o atendimento lá no balcão. Elas precisam de algumas informações a gente dá, né? (Jandaíra).

As atividades educativas de grupo realizadas com abordagem voltada para o controle de riscos eram, geralmente, salas de espera na unidade, das quais as técnicas de enfermagem não participavam e palestras ou eventos comemorativos fora da unidade.

A ação de vigilância epidemiológica relativa ao controle de vetores estava direcionada apenas à dengue, com a realização de orientações individuais, principalmente nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS e em eventos esporádicos de mobilização da comunidade, com destaque para os mutirões de limpeza:

A gente também trabalha orientando essa parte, que aonde eu chego que eu encontro vaso, essas coisas, eu já to falando né. Eu trabalho assim na prevenção da dengue (Araçás).
Sobre a Dengue a gente faz movimento. A gente já fez aquele mutirão pra fazer as limpezas dos quintais pro carro vir recolher... Junto com os Vigilantes Locais de Saúde (Inhambupe).

Podemos afirmar que as ações de Vigilância Sanitária não eram realizadas pela equipe:

Vigilância Sanitária não (Jandaíra).

Eu acredito que de Vigilância Sanitária a gente não realize atividades (Esplanada).

Observamos que a maioria dos entrevistados não soube identificar quais são as atividades de vigilância sanitária que podem ser realizadas na atenção básica, atribuindo a

essas ações, características ligadas ao saneamento básico (esgoto), questões de limpeza do ambiente e com as ações de vigilância epidemiológica (controle de vetores e notificação de agravos):

De Vigilância Sanitária, a gente vê mais assim, a gente tem problemas com esgotos, entendeu? (Araçás).
Assim, a Vigilância Sanitária a gente procura ter o pessoal da dengue né que faz o trabalho na comunidade (Rio Real).

Além de não realizar as ações de vigilância sanitária, a equipe atribuiu a responsabilidade por essas ações exclusivamente a vigilância sanitária municipal. As ações de vigilância epidemiológica (controle de vetores) da equipe são direcionadas ao combate ao *Aedes Aegypti* (transmissor da dengue), com a participação mais intensa das ACS que ao realizarem suas visitas domiciliares orientam as famílias sobre como evitar a proliferação do mosquito.

4.2.3 Controle de danos

Estas atividades correspondem ao que Silva (2002) considera como atividades de assistência à saúde. Destacam-se no *controle de danos*, as atividades de vigilância epidemiológica de notificação e investigação de casos, a participação ativa da equipe de enfermagem, inclusive nos casos em que é necessária a realização de bloqueio vacinal, conforme depoimentos a seguir:

É rubéola. Ai sempre vai naquele local na família né pra saber quem tomou, quanto tempo tem que tomou e a gente faz aquele trabalho ali. Aí no caso quem ta mais assim interada nessas pra ficar mais com a gente nessa área é a enfermeira né (Jandaíra).
Que a maioria dos casos que eu notifico e dou uma orientação é os casos de anti-rábica. Pessoa que algum cão mordeu eu dou as orientações, notifico. Se for necessário administrar a vacina eu administro e assim por diante (Crisópolis).
Olha as atividades de vigilância que a gente faz aqui são: notificação, investigação de agravos, notificação de diarreia, a parte da imunização mesmo né, busca ativa (...). Bloqueio vacinal nos casos de suspeita de rubéola. Então é basicamente isso. E da equipe quem faz mais a parte de vigilância é o enfermeiro. (Esplanada).

A cirurgiã-dentista não realizava ações de vigilância epidemiológica. Entre as ACS, apenas uma informou ter realizado o encaminhamento de um caso suspeito de hanseníase:

(...) aí eu encontro um caso suspeito como eu tive um caso suspeito e depois foi comprovado de Hansen, imediatamente eu encaminhei a menina, a jovem pro Posto, X olhou, fez o teste, e realmente foi Hansen (Inhambupe).

Embora a enfermeira tenha afirmado que eram realizadas notificações de casos de diarreia, nenhum outro membro da equipe fez referência a esta ação. A médica não referiu realizar notificação de agravos, mas este fato foi relatado pela enfermeira e uma das técnicas de enfermagem:

A médica também quando chega uma demanda, algum atendimento, alguma suspeita, ela notifica e também investiga (Esplanada). E outros casos Ouriçangas e Esplanada é que faz a notificação, encaminhamento, orientações (Crisópolis).

A maioria dos profissionais da equipe realiza alguma atividade de vigilância epidemiológica (notificação de agravos), com exceção da cirurgiã dentista. Essas ações no geral são realizadas pela médica e equipe de enfermagem, e que a notificação de alguns agravos não faz parte da rotina da equipe. Isto pôde ser observado durante a distribuição de medicamentos para crianças, onde em algumas receitas constava o soro de reidratação oral. Não ocorreu a notificação pelo profissional que atendeu a criança e nem pela técnica de enfermagem que entregou o soro. Além disto, durante as entrevistas nenhum profissional citou a planilha de notificação de diarreia como instrumento de trabalho. A responsabilidade pela investigação e a determinação da realização de bloqueio vacinal é realizada pela enfermeira.

Geralmente, a equipe realizava atividades de educação em saúde para grupos prioritários, sob a forma de sala de espera, com periodicidade semanal, salientando que, pelo pouco número de casos de hanseníase e tuberculose na área de abrangência, as atividades educativas sobre essa temática eram voltadas para a comunidade em geral. As salas de espera eram dirigidas para indivíduos ou grupos, e sua condução ficava a cargo de um profissional de nível superior, com a participação das agentes comunitárias. Destaca-se a ausência de participação das técnicas de enfermagem nessa atividade.

Fazemos assim é palestras, né. É com hipertensos, gestantes, hum com crianças (...) (Aramari).

Bom, essas atividades também tem lá na unidade e ela é feita sempre com Ouriçangas, com as ACS e com a médica (Crisópolis).

Destacamos a participação de outros membros da equipe além da enfermeira e ACS na realização das atividades educativas, principalmente da médica, profissional que historicamente vem sendo vinculado apenas às ações assistenciais. Este fato evidencia a proposta de reformulação advinda do PSF, que busca integrar e articular as práticas individuais de cada profissional e entre os membros da equipe (ERMELL; FRACOLLI, 2006).

Além das ACS, que baseavam suas atividades nas visitas domiciliares, os demais membros da equipe também realizavam o atendimento domiciliar. No geral, as visitas com a participação da médica ou enfermeira eram previamente agendadas e cada profissional destinava um turno específico por semana para realizá-las:

Também visitas com a médica, que a gente faz, visita com pra fazer com a enfermeira, né puérpera, algumas pessoas também, que são hipertensas, ela também faz a visita (Araçás).

As visitas geralmente é o turno da quarta-feira de manhã (Ouriçangas).

Observamos durante a coleta de dados um dia típico de visitas domiciliares da médica e da enfermeira. Acompanhamos cinco visitas da médica com uma das ACS da equipe. Percebemos que as visitas da médica foram direcionadas aos pacientes com doenças crônico-degenerativas (diabetes e hipertensão), alguns acamados com seqüelas de AVC e uma paciente era portadora de paralisia cerebral.

Os responsáveis e o paciente ficavam aguardando a médica e todos já a conheciam ou por já terem sido atendidos na USF ou por já terem sido visitados anteriormente por ela. A visita constituiu-se basicamente da coleta da história atual do paciente, exame físico, escuta de queixas e procedimentos de solicitação de exames e/ou consultas, prescrição de medicamentos e agendamento de novas visitas.

Acompanhamos duas visitas da enfermeira. A primeira foi em uma residência que tinha uma idosa diabética e nesta mesma casa estavam, uma puérpera e um recém-nascido há 15 dias. Nesta visita a enfermeira examinou a idosa, verificou sua pressão arterial e

questionou se a mesma estava utilizando a medicação prescrita de maneira correta. Também realizou a orientação de cuidados com os pés para evitar ferimentos. A seguir, a enfermeira examinou mãe e bebê, orientado sobre os cuidados com as mamas, planejamento familiar, puericultura e imunização.

A outra visita ocorreu para a avaliação de uma escara e realização do curativo de uma idosa hipertensa seqüela de AVC, acamada há muitos anos. A enfermeira avaliou a ferida, realizou o curativo, verificou a pressão arterial e a tomada das medicações prescritas. Além disto, orientou os familiares com relação a alimentação e cuidados com o ferimento.

As técnicas de enfermagem também realizavam visitas, de acordo com a solicitação dos ACS, de algum familiar ou pela médica ou enfermeira, e geralmente elas realizavam algum procedimento, como por exemplo, aferição de pressão arterial, glicemia ou realização de curativo:

As visitas domiciliares eu faço só no caso se tiver paciente acamado em casa precisando de fazer algum curativo ou verificar pressão ou fazer uma glicemia eu vou também (Crisópolis).

No geral, as ACS acompanhavam o profissional, seja a médica, enfermeira ou técnica de enfermagem na visita domiciliar. Para o agendamento das visitas, existiam critérios definidos de acordo com o profissional que irá realizar a visita. No caso da médica, existia uma pasta que reunia o prontuário de todos os pacientes acamados por microárea. O agendamento das visitas ocorria em comum acordo com as ACS, que priorizavam os pacientes que apresentavam a maior necessidade:

Junto com a médica, a gente faz aí ela já sabe, como hoje, por exemplo, ela já vai comigo... De acordo com a necessidade, viu? Pode ir pra minha área hoje, mas se minha colega tiver alguém com mais necessidade, mais grave, aí ela já vai pra lá (Inhambupe).

A enfermeira visitava puérperas e recém-nascidos, hipertensos e diabéticos e realizava a avaliação dos curativos que estavam sendo realizados pelas técnicas de enfermagem. Embora a dentista tenha relatado que realizava visitas domiciliares, os ACS afirmaram que nunca a acompanharam:

Não a dentista não; a dentista nunca fui fazer visita não. Só com a médica e a enfermeira (ACS 04).

Durante nossas observações não presenciamos o agendamento ou realização de visitas domiciliares pela cirurgiã dentista. Este fato converge com a própria formação do profissional voltada para os atendimentos individuais em consultório. Embora o PSF tenha incorporado a equipe de saúde bucal e que as diretrizes da AB relacionem as atribuições dos profissionais, existem dificuldades para a concretização de algumas delas, principalmente as ações fora da USF, que não sejam ações educativas coletivas (escovações e aplicações de flúor). Porém, acreditamos na perspectiva da incorporação da visita domiciliar como parte importante das atribuições da equipe de saúde bucal, como tivemos a oportunidade de vivenciar em nossa prática anterior enquanto enfermeira do PSF quando realizamos visita domiciliar em conjunto com a cirurgiã dentista da nossa equipe na época.

Destacamos que as visitas observadas orientavam-se muito mais para um atendimento individual, de natureza clínica, do que para uma abordagem voltada à compreensão do contexto social, comunitário e familiar do paciente visitado, o que a aproximaria da lógica da saúde coletiva. Os próprios critérios para a realização das visitas estão voltados para os aspectos individuais, parecem ser muito mais consultas domiciliares do que visitas. Consideramos, portanto a necessidade de classificar as visitas domiciliares o que permitiria uma melhor compreensão dessa atividade. A não classificação dessa atividade em particular se constituiu em um limite para o nosso trabalho.

4.2.4 Atividades de planejamento e gestão em saúde

As atividades relacionadas ao *planejamento e gestão em saúde* foram subdivididas em territorialização (definição da população alvo, cadastramento das famílias, realização de mapeamento da área, lógica do mapeamento) e organização das ações de saúde (realização e atualização da situação de saúde da área adscrita; programação das atividades em equipe; administração de recursos humanos e materiais e educação permanente).

Territorialização

O PACS cobria a área do bairro com 13 ACS. Quando ocorreu a implantação do PSF, a divisão da área foi realizada pela equipe da secretaria de saúde responsável pelo PACS/PSF

em 2001. Segundo o relato da equipe não houve a descrição exata dos aspectos considerados ao proceder a definição da população alvo de cada equipe de PSF que foi implantada. Alguns acreditaram que os fatores levados em consideração foram a cultura da população local em relação à geografia do bairro (antes e depois da ponte); outros nos aspectos relacionados aos fatores sócio-econômicos como exemplificado nos discursos a seguir:

(...) porque sempre já teve aqui no Mangalô, da ponte pra lá é uma coisa, eles acham que é um bairro. Porque geralmente é tudo Mangalô, mas da ponte pra lá eles acham que um bairro. Da ponte pra cá é outro bairro (...). Já área assim (Pedrão).
Agora a separação em si já era feita pelos próprios moradores. Que eles sentiam menos favorecidos por morarem mais afastados do centro e achavam que aqui a rua era mais organizada, era melhor (...). É, a ponte seria um divisor... (Entre Rios).
Olha, o que eu sei é que as pessoas que moram no Mangalô depois da ponte ficavam muito longe pra que eles viessem do Alto da Coruja, o Alto Sagrado Coração de Jesus, Xó de Oxossi, é muito distante praqui, pra unidade, então tava tendo, ainda está tendo né, mas o índice de violência era muito grande e assaltos e tal, e já haviam falecido alguns idosos, algumas pessoas devido a questão violência externa, então o pessoal ficou com medo em estar vindo pro posto aqui que achava necessário se fazer alguma coisa por lá, não ter que vim praqui e sobrecarregava aqui, a unidade de saúde.(Entre Rios).

Apenas as ACS participaram das seguintes atividades relacionadas ao cadastramento inicial das famílias e do primeiro mapeamento realizado quando foi implantado o PACS, há aproximadamente 15 anos:

Porque os agentes daqui, já trabalhava aqui nessa área (Araçás).
Quando eu cheguei já existia o PACS, né, quando cheguei pra trabalhar já existia o PACS (...) (Aramari).

Posteriormente, há aproximadamente um ano e meio todos os profissionais referiram que equipe realizou o remapeamento da área adscrita, com o objetivo de redistribuir as famílias entre as ACS e corrigir algumas distorções relacionadas às microáreas, como por exemplo, duas ACS atuando em uma mesma rua: uma de um lado e outra do lado oposto. O discurso a seguir exemplifica o relato da equipe:

Então a gente fez um remapeamento porque a gente também detectou isso que o mapeamento não estava adequado porque as agentes comunitárias dividiam assim ruas: um lado da rua era de uma, o outro lado da rua era de outra, aí pegava um pedacinho aqui pulava pra outra e já pegava outro pedacinho lá (...) (Esplanada).

Os profissionais que participaram ativamente do remapeamento foram a enfermeira e as ACS. Os demais membros da equipe auxiliaram nas atividades de confecção e organização do mapa propriamente dito. A equipe não realizava a atualização periódica e sistemática do mapa da área:

Do mapa? Não, não existe atualização periódica não. (Aporá).

Não é bem assim periódica né. Eu me lembrei que o ano passado fez atualização do mapa, mas assim não é todo ano de ano em ano que tem que fazer essa atualização. Essa foi feita o ano passado já esse ano não teve né outra atualização e assim só quando é necessário fazer é que faz atualização. (Crisópolis).

Não, o mapa não. Não tem como tá mudando todo mês. (Pedrão).

Entretanto, somente as ACS realizam a atualização do cadastramento das famílias, sendo responsáveis inclusive pelo envio periódico desses dados para a secretaria de saúde do município:

Quem fica sendo comunicado é na Secretaria, no SIAB, né. Porque a gente muda automaticamente; tem que lançar a ficha nova, né? (Aramari).

Percebemos que as atividades de territorialização são basicamente realizadas pelas ACS com a supervisão da enfermeira. Lembramos que estas atividades já eram realizadas pelos mesmos sujeitos quando ocorreu a implantação do PACS, o que talvez explique a permanência destes mesmos sujeitos realizando-as e que a Política Nacional da Atenção Básica, considera esta atividade como própria de toda equipe, devendo inclusive ocorrer periodicamente (BRASIL, 2006).

Organização das ações de saúde

Na variável organização das ações de saúde, a atualização da situação de saúde era realizada principalmente através do preenchimento da Ficha A pelas ACS:

Tem, a gente entrega a ficha todo mês; tem que tá atualizando. Aí tem hipertenso que já saiu, entrou (...) (Pedrão).

Anualmente, segundo a enfermeira, as ACS realizavam o cadastramento das famílias de cada microárea. A programação das atividades da equipe ocorria geralmente nas reuniões semanais, às quartas-feiras. Nestas reuniões, a equipe planejava as ações educativas que seriam realizadas em grupo. Estas atividades em geral estavam relacionadas a alguma data comemorativa:

Se reunimos né, com a equipe e planeja o dia, se for o dia do idoso, o dia do hipertenso... Aí fazemos essa atividade (Aramari).
A gente vê: tem alguma data comemorativa no mês? O que é que a gente pode fazer de atividade educativa... (Esplanada).

Quando questionados sobre o planejamento de suas atividades individuais, os profissionais elaboravam seus cronogramas individualmente, sendo que os profissionais de nível superior divulgavam sua semana típica durante as reuniões de equipe. Cada profissional planejava sua semana típica, sendo que as ACS admitiram que nem sempre era possível seguir o planejamento, pois outras prioridades podiam ocorrer e modificar suas ações:

Às vezes, eu vou determinada só sair pra visitar gestante e criança, aí quando chega na casa acontece de um idoso me chamar, que ta com problema, isso e aquilo, aí eu acabo trocando tudo: invés de visitar a gestante eu acabo visitando o idoso (Pedrão).
Eu tenho o dia pra visitar gestante específico, tenho o dia de visitar meus diabéticos, tenho o dia também para hipertensos, a não ser que ocorra um imprevisto e eu tenha a necessidade de fazer outro tipo de visita (...) (Rio Real).

A médica organizava suas atividades clínicas de acordo com os grupos, destinando turnos para as consultas por grupo, visitas domiciliares, atividades educativas e para as reuniões de equipe. Os atendimentos de urgência ocorriam de acordo com a necessidade, sem marcação prévia:

Porque aí entram as pessoas de urgência, pessoas que estão precisando ver resultados de exames que eu pedi com urgência ou uma dor ou uma febre, eles também entram como consulta em qualquer horário (Ouriçangas).

A enfermeira informou que mudou o seu cronograma de atendimentos, destinando turnos fixos apenas para o pré-natal, coleta de preventivos e visitas domiciliares:

Os outros turnos as meninas abrem a agenda do mês e vão agendando de acordo com a necessidade das pessoas que vão chegando, de acordo com a demanda (...) (Esplanada).

A cirurgiã dentista organizava um cronograma mensal, em que destinava dois turnos de atendimento clínico para as ACS (incluindo os ACS das duas USF) e turnos para as atividades de escovação nas escolas. A marcação era no dia do atendimento, de acordo com o dia programado para cada uma, atendendo à demanda que comparecesse à USF:

A gente faz desse jeito: os pacientes vêm no dia, marcam e são atendidos no mesmo dia (Aporá).

As técnicas de enfermagem realizavam suas atividades cotidianas, geralmente sem uma programação prévia, de acordo com a necessidade. O planejamento de atividades das técnicas ocorria no período das campanhas de vacinação, onde se definia quem iria vacinar na área ou permanecer na USF.

A administração de recursos humanos e materiais ficavam sob a responsabilidade da coordenadora da unidade, função exercida pelos profissionais de nível superior, cujo rodízio ocorria a cada quatro meses. Na prática, a equipe colaborava com a coordenação, principalmente nas atividades relacionadas com a solicitação de materiais e medicamentos, recebimento de materiais, envio de mapas e planilhas. A equipe de enfermagem, principalmente a enfermeira, foi citada como grande colaboradora da Coordenação:

Quem solicita os materiais é a enfermeira, juntamente com as técnicas de enfermagem que faz esse controle. (Rio Real).

Ressaltamos que embora a equipe tivesse uma coordenadora, todos os profissionais reconheciam que a supervisão dos ACS e dos técnicos de enfermagem era uma atribuição da enfermeira:

Aqui é a enfermeira (...). A enfermeira mesmo que é a única responsável. (Aramari).

As reuniões semanais da equipe eram coordenadas pela coordenadora da equipe:

Só quem coordena essas reuniões de equipe é o coordenador da unidade. (Esplanada).

Quando não ocorriam as reuniões de equipe, a enfermeira aproveitava o espaço para se reunir com as ACS:

Quando não acontece reunião de equipe a gente faz reuniões com os ACS (...). (Esplanada).

A educação permanente sob a responsabilidade da Coordenação Municipal da Atenção Básica dirigia-se para as profissionais de nível superior, o que causava um desconforto entre os outros profissionais da equipe:

Já as técnicas e agentes comunitárias eles reclamam muito: ah, só tem pra médico, só tem pra enfermeiro... E eles ficam com essa, com essa necessidade. (Esplanada).

Na unidade, embora não fosse uma ação rotineira, a educação em serviço era organizada pela enfermeira para as ACS, sendo realizada por todos os profissionais de nível superior da equipe:

Quem fica responsável só é o enfermeiro. (Esplanada).
A gente já teve capacitação com Ouriçangas, com Esplanada, vários temas, com Aporá também. (Entre Rios).
Como treinamento de diarreia, treinamento sobre higiene... Sobre tudo aqui tem treinamento! (Rio Real).

Já as técnicas de enfermagem não participavam dessas atividades:

Dentro da equipe mesmo nunca tem não (Crisópolis).

4.2.5 Atividades educativas

Com relação às atividades educativas, notamos que os ACS participavam de atividades em grupo, dentro ou fora da USF, e que os temas mais comumente abordados eram DST/AIDS, dengue e saúde bucal. Elas também referiram participação em atividades promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde, tais como: DST/AIDS com o Núcleo de Apoio e Prevenção à AIDS (NAPA), dia de combate à Tuberculose, Campanha de Prevenção do Câncer de Pele, Dengue, entre outras:

Eu gosto muito de fazer assim, a parte de DST/AIDS, né? Aí eu faço parte do Núcleo, do NAPA, e eu gosto muito de aqui na unidade fazer a parte de DST/AIDS. (Araçás).

E fora os programas como sábado mesmo eu vou trabalhar na, na Campanha do Câncer de Pele, aí requisitou a gente. Fora esse trabalho que a gente tem que fazer palestras sobre dengue, a gente tá inserido em tudo, né? (Inhambupe).

A gente faz palestras educativas a respeito assim de dengue, a respeito da dengue. Geralmente a gente faz mais em grupo. (Inhambupe).

Duas ACS referiram a realização de atividades educativas pela médica da unidade:

Ouriçangas mesmo dá, faz atividade educativa, é palestra educativa. (Pedrão)

Às vezes a médica né, ela faz o grupo né. Tem uma palestra com hipertenso, gestante, ela participa. (Aramari).

Este fato também pode ser comprovado durante a nossa observação, quando a médica realizou uma sala de espera sobre verminose para os hipertensos e diabéticos que aguardavam atendimento. As técnicas de enfermagem não participavam de atividades em grupo dentro da unidade devido às atividades administrativas que elas exerciam:

A gente sempre lá no balcão. Porque a gente, o balcão não pára! Então a gente não tem como deixar o balcão lá só pra tá lá fazendo essa atividade com eles. (Jandaíra).

Porém, elas destacam que quando é uma atividade em grupo fora da unidade, de caráter festivo (dia do hipertenso, caminhadas, bailes de micareta, etc.), elas participam, já que a USF não funciona. Crisópolis afirma que:

Quando esses espaços, esses momentos fora da unidade a gente participa...

Além da cirurgiã - dentista, a enfermeira, uma técnica de enfermagem e duas ACS citaram a realização de atividades educativas em saúde bucal, geralmente com a participação da dentista, da ACD e dos ACS, principalmente as escovações nas escolas:

A dentista tá sempre fazendo atividade de escovação, saúde bucal (Esplanada).
Lá tem, tem assim com a dentista que reúne as pessoas pra falar sobre a higiene bucal. (Jandaíra).
E junto com W e Z, a dentista, a gente faz escovação normal mensal... (Entre Rios).

As atividades educativas em grupo citadas pela equipe foram: caminhadas, palestras, bate-papo, escovação, sala de espera, bailes, feira de ciências, feira de pechincha. Os grupos que mais são enfocados nessas atividades são: hipertensos, idosos, alunos e gestantes. Apenas a enfermeira e uma ACS afirmaram que já fizeram atividades com jovens e adolescentes:

Já trabalhei com adolescentes. Adolescentes a gente tem um pouco de dificuldade de trabalhar com eles no expediente normal de trabalho (...) (Esplanada).
Faço agora com, quer dizer agora reconhecido, mas eu já fazia orientação de grupo de jovens sobre preservativo. (Entre Rios)

4.3 Meios de trabalho de saúde coletiva na ESF

Nesta categoria utilizamos como categorias operacionais instrumentos e conhecimentos. A equipe utilizava como **instrumentos** de trabalho: fichas, livros ata, planilhas, cartões (vacina), prontuários. As ACS referiram o uso das fichas A, SSA2 e que utilizavam um caderno onde registravam suas atividades cotidianas. Embora esse caderno não fosse um registro formal, era utilizado por todas as agentes comunitárias:

No caderno. Eu faço minha avaliação e registro o que fiz em casa, como eu faço meu planejamento. (Entre Rios).
Eu tenho meus cadernos. Hoje mesmo eu fiz visita as gestantes e eu tenho registrado no meu caderno, entendeu? (Rio Real).

A maioria da equipe informou que existia um livro na unidade para registro de atividades educativas e outro para registro das reuniões de equipe:

Tem um livro que registra todas as reuniões. As reuniões e os participantes também. (Crisópolis).

Ressaltamos que apesar de existir um livro para registro das reuniões de equipe, muitas vezes ocorre a reunião, mas não o registro, como afirma a enfermeira:

O que a gente tem às vezes deixado a desejar o registro das reuniões com a equipe; a gente não tem registrado (...).

As técnicas de enfermagem utilizavam livros até para o registro dos procedimentos realizados:

Tem um livro. Nós registramos tudo que nós fazemos. No caso, as vacinas, os curativos, as visitas, a PA que a gente faz né, tudo é registrado. (Jandaíra).

Os profissionais de nível superior, além do registro em prontuário ou ficha de atendimento (no caso da cirurgiã dentista), registram as atividades no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). A enfermeira ressaltou que existiam muitas fichas para preenchimento referentes a cada programa, além do prontuário do paciente. Ela afirma que

O registro é feito através dessas fichas que já existe dos programas que a gente acaba burocratizando muito... Muita coisa pra preencher (...).

Outro instrumento citado pela médica e pela enfermeira foi o registro fotográfico:

Tudo que é feito é registrado, inclusive através de fotos (...). (Ouriçangas).

A cirurgiã dentista também utilizava outros instrumentos como: mural, macromodelo e álbum seriado (atividades educativas) e o instrumental para procedimentos. A equipe também citou instrumentos como peça de teatro, televisão e DVD e os dados do SIAB, conforme trechos a seguir:

A gente vai fazer uma palestra com peça de teatro. (Aporá).
Eu esqueci de falar que a gente fez uma feira da pechincha aqui, eu esqueci de falar que a gente comprou uma televisão, um DVD, que roubaram. (Inhambupe).

Olhe a gente usa como dados, tem o próprio sistema de informação do SIAB que a gente recebe relatórios da ficha pra ver o cadastramento das famílias (Esplanada).

Com relação aos instrumentos, os achados desse estudo convergem com a definição de Mendes Gonçalves (1994), que atrela o instrumental utilizado na AB à realização das atividades da equipe, individualmente ou em grupo.

No que se refere aos **conhecimentos** utilizados para a realização das atividades, percebemos que alguns profissionais tiveram dificuldade em perceber onde adquiriram e quais os conhecimentos que utilizavam no cotidiano, e não conseguiram relacioná-los durante a entrevista. Porém, a maioria dos profissionais relacionou o conhecimento adquirido durante sua formação profissional básica, através de atualizações, treinamentos e buscando a ajuda de outros profissionais da própria equipe, principalmente a médica e a enfermeira:

Bom, algumas informações eu já, já obtive durante o curso né e outras a gente vai tendo no dia a dia. (Crisópolis)

Através de atualizações que faço via internet, livros didáticos que tenho congressos que pego algumas informações e através também do material do Ministério da Saúde (...) (Ouriçangas).

Aí foi treinamento, dos que a gente já teve. (Pedrão).

Aí no caso quando tenho alguma dúvida de alguma coisa eu recorro a enfermeira ou a médica. (Jandaíra).

A enfermeira também citou as informações vindas da própria comunidade, a utilização de dados dos sistemas de informação e o perfil epidemiológico da área de abrangência:

Uma das principais é a questão do feedback mesmo que a gente teve com a comunidade através das agentes comunitárias e também conversando com a própria comunidade. E a gente utiliza também os dados como eu te falei do HIPERDIA, do SISPRENATAL, do SIAB.

Percebemos que os conhecimentos utilizados correspondem aos saberes científicos disponíveis através das diversas disciplinas, e que a atualização dos profissionais acerca desses saberes permite a incorporação de novos paradigmas que influenciam diretamente o processo de trabalho individual e entre a equipe.

Por fim, consideramos que os meios de trabalho utilizados pela ESF são adequados as atividades de saúde coletiva realizadas pela equipe. As atividades ao serem

incorporadas pelo profissional de saúde implicam na adequação dos instrumentos necessários para a sua realização. Tal adequação não se dá exclusivamente no ambiente micropolítica da USF; ela nasce na esfera central, mas só encontra o seu lugar de aceitação após serem efetivamente utilizadas pelos profissionais. A produção cotidiana do cuidado determina e é determinada pelas mudanças tecnológicas no campo da saúde (MERHYa, 2002) e contribuem para a construção de um modelo anti-hegemônico, coletivo, usuário-centrado, constituindo a saúde como direito de cidadania.

4.4 Relações sociais no trabalho da ESF

A categoria **relações sociais no trabalho** emergiu a partir do discurso das entrevistadas. Os aspectos mais importantes foram considerados as categorias operacionais a seguir: interação entre os membros da equipe; colaboração entre os membros da equipe e as atividades realizadas em equipe. A palavra que pode caracterizar essa categoria é união:

A equipe, graças a Deus, equipe aqui é muito unida, que tiver algum arranhão, vai lá pra conversar e desfazer (Araçás)
Aqui a gente é uma equipe, eu acho que é uma equipe. Ao meu ver, que tem que trabalhar junto, unidos (Inhambupe).

A interação entre os membros da equipe pôde ser visualizada no reconhecimento de que um dependia do outro:

Depende do médico, depende da enfermeira e depende dos técnicos de enfermagem. Todos têm que trabalhar em equipe (Araçás).
O meu trabalho só não resolvia a situação. Eu precisei recorrer a unidade e buscar ajuda dos outros profissionais (Inhambupe).

As atividades em grupo exemplificam da interação da equipe, desde o planejamento até a execução:

A equipe toda. Todo mundo participou: médica, no caso eu como enfermeira, a dentista, os agentes, as técnicas, tomo mundo, até a servente, todo mundo participa. Contribuindo pra, dando sugestões do que fazer, contribuindo com os itens pro café da manhã. Então cada um contribui de uma forma (Esplanada).

Observamos que existia uma interação entre as ACS e os demais membros da equipe que as consideravam o elo de ligação com a comunidade:

(...) principalmente das agentes comunitárias que fazem a ligação da equipe do posto com a população né, com a comunidade (...) (Ouriçangas).

Também notamos uma forte interação entre a médica e a enfermeira, que em alguns casos atuam em conjunto:

Às vezes eu faço com a enfermeira também, acontece de eu ir fazer a mesma visita junto: eu e a enfermeira (Ouriçangas).
A gente costuma discutir muitos casos. (...) Ó Y aconteceu isso e o que é que a gente pode fazer? E ela também... (Esplanada).

A equipe colaborava entre si, desde a execução de atividades em grupo, até a realização de atividades administrativas. Salientamos que apesar dessa colaboração, existia um respeito ao limite de cada profissional, no tocante as suas atribuições individuais, como explicitados nos discursos a seguir:

Eu, por exemplo, um dia tive mesmo eu tive que receber o material, eu até perguntei: eu posso? Porque minha função não é essa. (Inhambupe).
Cada um dentro do seu contexto (Entre Rios).

Percebemos que no geral, o planejamento de atividades em grupo ocorria nas reuniões de equipe e todas participavam:

Não, todo mundo participa. A gente distribui as atividades, o que é necessário fazer e aí cada um fica responsável por alguma coisa e de alguma forma todo mundo participa. Seja no dia, seja na execução mesmo, antes no planejamento ou na divulgação. Todo mundo acaba participando um pouquinho (Esplanada).

Destacamos que os membros da equipe de nível superior também participavam ativamente das atividades:

Eu já trabalhei em outras equipes que só o enfermeiro, só eu ficava responsável por essas atividades, mas aqui tanto a médica quanto a dentista elas costumam participar também (Esplanada).

Mas a maioria das vezes todo mundo participa. A médica, a dentista, a técnica e a ACD da dentista, todo mundo participa (Araçás).

É interessante notar que todas as entrevistadas salientaram o trabalho em equipe, e a participação de todos, sem exceção, nas atividades em grupo:

Essas atividades a gente faz, eu não faço individual, fazemos em grupo (Inhambupe).

E no dia da caminhada todo mundo vai. Todo mundo participa, médico, enfermeiro... (Araçás).

Que a gente sempre trabalha em parceria (Rio Real).

Mas geralmente é assim: sempre um tá ajudando o outro. Entendeu? Não fica assim, a gente não deixa aquela pessoa só, sobrecarregada com as coisas não (Crisópolis).

Alguns membros da equipe reconheceram a existência de problemas, mas salientaram que o fato de a equipe trabalhar unida facilitava o enfrentamento destes problemas:

Todo lugar tem problema, mas a equipe é muito unida. Então tudo que é feito aqui, é feito com a equipe, entendeu? Com a participação de todos: de médico a ACS, de médico a agente de limpeza, entendeu? Então toda a equipe participa (Rio Real).

Então assim a gente vive ali realmente em assim, em um conjunto mesmo, uma equipe. Realmente é uma coisa que nós precisamos trabalhar nos locais dessa forma, em equipe porque aí as coisas caminham da melhor maneira possível (Jandaíra).

A interação entre os membros da equipe converge com o apontado por Peduzzi (2001, p.107), que afirma: “na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração entre a equipe”.

Reconhecemos, portanto, um avanço relativo ao processo de trabalho em saúde, onde a interface trabalhador/trabalhador possui efeito positivo, fortalecendo as redes e tendo como consequência melhoria na prestação do cuidado, confirmando Campos (2002) que acredita que o trabalho em saúde é pautado durante o tempo de sua realização sobre relações interpessoais. Acrescentamos que esta interação decorrente das relações interpessoais no trabalho é um importante fator que contribui ou não para a efetividade do trabalho interdisciplinar.

4.5 Finalidades das práticas de saúde coletiva na ESF

Consideramos as seguintes categorias operacionais relacionadas as finalidades das práticas de saúde coletiva na AB: conhecimento da população e do território; compreensão do contexto comunitário e a melhoria das condições de saúde da população adscrita. Com relação a primeira categoria operacional, verificamos que o conhecimento sobre a população e o território não são baseados em dados, estatísticas ou relatórios; as condições de vida e saúde da população eram medidas pela observação direta dos membros da equipe e discutidas nas reuniões:

(...) a gente quando olha a própria situação econômica também, geralmente não tem dinheiro pra comprar escova, ou uma escova pra todo mundo da casa, é a realidade que a gente né se depara então tem que trabalhar em cima disso (Aporá).

Este fato pode ser correlacionado à ausência de avaliação sistemática da situação de saúde da comunidade:

A gente assim é, tem um pouco de dificuldade de sentar pra trabalhar esses dados (...). Tenta fazer isso nas reuniões de equipe, mas não é muito fácil. A gente tem essa dificuldade pra sentar pra avaliar dados mesmo (Esplanada).

Existiam controvérsias com relação à avaliação, pois a dentista e a médica informavam que recebiam dados trimestralmente da Secretaria de Saúde, mas a enfermeira e os outros profissionais referiam que a avaliação era oriunda principalmente do que era observado na comunidade e na demanda atendida na unidade. Os discursos a seguir, exemplificam essa questão:

A gente sempre tem a reunião e a gente sempre comenta. Assim, por exemplo, é agora mesmo tá com um número muito grande de gestante, então a gente sempre quando senta aí a gente conversa (Araçás).

Assim não tem um tempo específico pra fazer. Eu percebo que essa avaliação é feita diariamente. Sempre que o paciente vai na unidade ou sempre que elas, que X, Y ou eu mesmo vou na casa do paciente, ali já tá sendo feita essa avaliação (...) (Crisópolis).

A gente identifica pelas demandas que chegam, pelos dados que os agentes nos trazem a gente sabe como é o perfil, quais os principais problemas de saúde, quais são os principais demandas que chega até nós... (Esplanada).

Não, foi como eu falei: sistematicamente não. É mais por dados que é a secretaria manda pra gente. Mas no dia-a-dia a gente acaba comentando nas reuniões. (Ouriçangas).

Percebemos que existia uma dificuldade da equipe em avaliar sistematicamente os dados de saúde da comunidade, mas de acordo com as demandas levantadas em suas observações e atendimentos, priorizavam os grupos para atendimento. A enfermeira destacou que a priorização do atendimento era definida pelas normas do PSF:

(...) a gente também tem essa prioridade aqui no atendimento com relação aos programas que a gente tem o pré-natal, o atendimento a criança, do idoso, do hipertenso e do diabético. Então eu acho que isso já é definido pelo próprio PSF. Desde que eu trabalho em PSF a gente já, sempre teve esses grupos como prioritários e a gente sempre ta programando as ações em cima desses grupos.

As intervenções na comunidade eram baseadas na observação do número de pacientes atendidos segundo diagnóstico médico, quando os profissionais percebiam um aumento de determinado agravo ou morbidade:

Então a gente vai pegando assim, geralmente o que mais surge na unidade, o que é que a gente vem percebendo (...) (Aporá).
Se a gente vê que a necessidade é dengue, como já teve. Hanseníase mesmo tava surgindo muitos casos de hanseníase em adolescentes, então de acordo com essas demandas que vão surgindo a gente vai planejando as ações (Esplanada).

Essas intervenções eram atividades educativas de modo predominante:

A gente pode priorizar pra uma coisa ou outra, uma palestra, um debate, uma sala de espera, uma atividade extra posto... (Aporá).
(...) a gente ta sempre comentando pra poder chamar atenção da prevenção, aí a gente bola uma palestra pra poder chamar a atenção (...) (Ouriçangas).

Percebemos que a equipe não ainda não se apropriou do conhecimento sobre a população e território como ferramenta de trabalho essencial para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações implantadas. A equipe ainda não incorporou o planejamento em saúde formal, embora o próprio MS o considere como atribuição da equipe (BRASIL, 2006). Concordamos com Almeida e Mishima (2001), que consideram que o projeto de saúde de determinado território é oriundo da construção de um projeto comum dos membros da ESF, visto que este fato contribui sobremaneira para a compreensão do papel

individual de cada agente, e do papel coletivo da equipe frente ao enfrentamento de problemas e necessidades de saúde.

A articulação entre a equipe e a comunidade revelava-se tanto pelas afirmações dos profissionais quanto pelo que observamos principalmente na Caminhada pela Paz que ocorreu no bairro durante a nossa coleta de dados. Durante a caminhada houve a mobilização da comunidade. Os comerciantes doaram água mineral, o ex-vereador contribuiu com o carro de som, o locutor participou durante todo o trajeto sem ônus para a equipe e os moradores participaram ativamente, caminhando, empunhando balões brancos, gritando palavras de ordem e cantando.

A equipe se articulava principalmente com a Associação de Moradores do bairro, com as escolas estaduais, igrejas e centros ligados as mais diversas religiões, além dos comerciantes locais:

Sim, a gente tem uma boa articulação aqui com as escolas (...). A gente procura sempre tá em contato com a escola, com a associação de bairro (Esplanada).

A articulação com os órgãos governamentais pode ser evidenciada através do apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da Polícia Militar, fato que observamos durante a realização da caminhada pela paz que ocorreu nas ruas da área adscrita a USF. Além disto, houve a participação maciça dos professores e alunos das escolas estaduais, inclusive confeccionando cartazes e portando faixas com mensagens alusivas ao tema da caminhada. A nossa participação na caminhada foi essencial para concordarmos que existe uma interação entre a USF e a comunidade. O discurso a seguir resume a nossa impressão sobre o evento:

Eu consigo e a equipe também. Nós fizemos a caminhada e surtiu muito efeito. (...) a comunidade conhece o trabalho da equipe, já conhece a equipe e percebe que todo mundo é profissional, dentro da condição de estudo de cada um (Pedrão).

A equipe estimulava o controle social, principalmente através do envolvimento com a formação do Conselho Local de Saúde (CLS). A coleta foi realizada no período das eleições para Prefeito e Vereadores, e por conta de muitos conselheiros serem candidatos, as atividades ficaram paradas. Ainda assim, a equipe convocou uma reunião após a eleição, mas infelizmente não houve quorum para realizar a confecção do Estatuto do Conselho.

Observamos essa reunião e percebemos que a equipe realmente tinha um interesse muito grande em impulsionar o funcionamento do Conselho Local de Saúde:

É, já foi implantado. Já marcamos as reuniões, infelizmente não foi possível, devido a época da política. Tinha pessoas que tavam candidatos, tal e não pode (Aramari). Então a gente tem buscado fazer com que ele vá pra frente mesmo (Esplanada).

Além do Conselho Local de Saúde, alguns ACS participavam da Associação de Moradores:

Quer dizer, eu participo da Associação de Moradores (Pedrão). Então tem pessoas de vários grupos (...) e aí eu to no meio (Entre Rios).

Durante as entrevistas, apenas uma ACS e a enfermeira disseram que já participaram de reuniões do Conselho Municipal de Saúde:

No Conselho Municipal de Saúde já participei algumas vezes (Esplanada).

Ressaltamos que a equipe cumpre o seu papel enquanto promotora do controle social, embora não participem diretamente do Conselho Municipal de Saúde, demonstram um grande empenho em fortalecer as ações do CLS. Esse achado converge com Rodrigues e Araújo (2001) que atribuem a co-responsabilização como um dos elementos que contribui para a re-significação do trabalho em equipe e conseqüentemente do modelo assistencial.

Em estudos anteriores aos quais tivemos acesso (PEDUZZI e PALMA, 2000; SANTANA, 2000; ALMEIDA E MISHIMA, 2001; RODRIGUES e ARAÚJO, 2001; NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005; FRANCO e MEHRY, 2006) a principal finalidade a que se destina o processo de trabalho da ESF é a de (re) organizar o modelo de atenção vigente. O PSF é colocado com a grande estratégia capaz de promover mudanças significativas no modelo assistencial hegemônico em nosso país, visto que se destina a congregar a clínica, ações programáticas e a vigilância da saúde.

Entretanto nesse estudo buscamos identificar se as finalidades que consideramos diretamente ligadas as atividades de saúde coletivas, realmente são produtos do processo de trabalho da ESF. Assim, percebemos que a equipe, mesmo que de forma não sistematizada

conhece o seu território de abrangência e a sua população adscrita; se articula com os órgãos governamentais e não-governamentais, incorporados como agentes nas atividades realizadas e finalmente, estimula o controle social, através da participação efetiva no CLS.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho não é apenas o dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana de socialidade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidos, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda a construção viva do futuro.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na ESF estudada, grande parte das atividades que classificamos de saúde coletiva são realizadas por todos os membros da equipe. Pudemos comprovar que a proposta de classificar as atribuições comuns aos profissionais do PSF, considerando-as com atividades de saúde coletiva pôde trazer respostas e inquietar novos pensamentos acerca da (re) organização da AB, a partir da mudança do processo de trabalho das equipes.

São realizadas atividades de saúde coletiva relacionadas ao controle de causas, riscos e danos, excetuando as atividades de vigilância sanitária; as atividades de planejamento e gestão em saúde também ocorrem, mas a territorialização é realizada pelas ACS, as demais atividades são compartilhadas pelos membros da equipe, ficando a cargo do coordenador de nível superior supervisionar a equipe, responsabilizar-se pelos recursos materiais e pelas reuniões de equipe. O estudo também demonstrou que as atividades educativas são constantes, principalmente em grupos e no geral sem a participação das técnicas de enfermagem.

A categoria relações sociais no trabalho emergiu do campo empírico, demonstrando que existe interação entre os membros da equipe e quando necessário a colaboração entre elas. Percebemos a importância de uma equipe que trabalha unida, respeitando-se as diferenças técnicas próprias de cada profissão, mas permitindo o vínculo entre os profissionais.

Os instrumentos mais utilizados para realizar as atividades são mapas, planilhas, impressos, livro ata, palestras, reuniões, entre outros. A equipe no geral utiliza-se dos saberes multidisciplinares e busca constante atualização e capacitação. As finalidades alcançadas são: conhecimento da população e território, ainda que de maneira não sistematizada, baseada muito mais nos achados cotidianos da equipe; articulação com os órgãos governamentais e não-governamentais e estímulo ao controle social através do CLS.

A investigação nos permitiu correlacionar a teoria utilizada para fundamentar o estudo, evidenciando o quanto a saúde coletiva tem se constituído como um campo vasto de saberes e práticas que podem e são colocadas em prática todos os dias pelos sujeitos que atuam no SUS. Concordamos que a (re) organização da AB é condição *sine quo non* para o re-estabelecimento de metas palpáveis que possam realmente provocar mudanças na situação de saúde de nosso país.

Sustentamos que o processo de trabalho de cada trabalhador de saúde é um dos fatores essenciais para a (re) organização do modelo assistencial vigente, mas que ele sozinho não dá conta de promover mudanças, visto que atrelar a transformação de modelos apenas na transformação individual de cada profissional incorre no risco de que este profissional não esteja aberto a incorporação de novas práticas.

Portanto, discutir o processo de trabalho em saúde, seja ele individual ou coletivo perpassa também pela discussão de direitos e deveres; desprecarização do trabalho de saúde; fortalecimento das ações de educação ordinária e permanente; fortalecimento do controle social; utilização dos princípios de integralidade e equidade; discussões sobre ética profissional e bioética; incorporação do planejamento e gestão em saúde como essenciais para o gerenciamento do SUS; co-responsabilização dos profissionais, comunidade e gestoras e transdisciplinaridade.

Reconhecemos que longo é o caminho, mas a caminhada já foi iniciada. Esse estudo alcançou os objetivos a que se propôs e mais ainda nos permitiu visualizar o SUS de outra forma: como disparador não só de mudanças no campo da saúde individual e coletiva, mais também como disparador de uma mudança da nossa própria sociedade, na medida em que ao discuti-lo, planejá-lo ou avaliá-lo, fazemos o mesmo com relação as nossas vidas e deixamos transparecer a nossa visão de mundo atual e o que desejamos para o nosso futuro.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **Introdução à Epidemiologia**. ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. 4 ed. rev. e ampliada- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.32-72.

ALMEIDA, M.C.P de; ROCHA, S. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M.C.P & ROCHA, S.M.M (org). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M.C.P de; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunic Saúde Educ**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 8, p. 150-155, 2001.

ANDRADE, L. O. M. de. BARRETO, I. C. H. C. BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. CAMPOS, G. W. S [et al] (org.). São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

AROUCA, S. **O dilema preventivista** - contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/FIOCRUZ, 2003.

BEZERRA, N. O. **Programa de Saúde da Família: encontros e desencontros no labirinto da implantação/** Nídia Oliveira Bezerra. – Feira de Santana, Ba, 2004. 173f. : il. Orientadora: Maria Ângela Alves do Nascimento. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Feira de Santana, 2004.

BRASIL. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 648**. 28 de março de 2006. Disponível em:

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf (Acesso em 14/04/2009).

CAMPOS, G.W.S. Subjeividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de administrar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, O.R.(Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 229-66.

ERMEL, R.C.;FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. Esc Enferm USP**. 40 (4): 533-9, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado á mudança do modelo tecnoassistencial. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.55-124.

FRANCO, T. B. Redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CIPESC – IMS/UERJ/ABRASCO, 2006.

IBGE, <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> (Acesso em 13 de fevereiro de 2008).

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metologia do Trabalho Científico**. 7ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LUZ, M.T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 5, v. 2, p. 293-312, 2000.

MATHEUS, M. C. C.; FUSTIONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. 1 ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1): 233-241, jan/fev, 2001.

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./Maria Guadalupe Medina. Salvador: M. G. Medina, 2006. 269fl :il. Orientadora: Profª Dra. Zulmira Maria de Araújo Hartz. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

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 de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002a.p.19-40.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2002b. p.71-112.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007

NASCIMENTO, M. S. NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família; a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (2): 333- 345, 2005.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**. V. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. de A. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: ISC, 2002.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

PAIM, J.S. Movimentos no campo social da saúde. In: **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PEDUZZI, M. PALMA, J.J.L. da. A equipe de saúde. In: **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES GONÇALVES, R. B.(orgs). São Paulo: HUCITEC, 2000. P. 234-249.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, 2001; 35 (1): 103 – 9.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V.L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (2): 438-446, mar-abr, 2004.

RIZZOTTO, M.L.F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

ROCHA, S. M.M. ALMEIDA, M. C.P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino – am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p.96-101, dez. 2000.

RODRIGUES, A. A. A. de O. **Construção de sujeitos, saberes e práticas na saúde bucal de Alagoinhas – BA: o trabalho cotidiano no Programa de Saúde da Família como protagonista de mudança.**/ Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues. – Feira de Santana, BA, 2005. 234f. :il. Orientadora: Marluce Maria Araújo Assis. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - universidade Estadual de Feira de Santana, 2004.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. O que fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. **Observatório RH**, NESC/UFRN. Natal, 2001. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_pdo05.pdf acesso em: 03/05/2009.

SANTANA, J. P. **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica a atuação da equipe de saúde da família. SANTANA, J. P.(org.); colaboração do Ministério da Saúde e do pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG; Nescon – Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. – Brasília: organização Pan-Americana de Saúde/Representação Brasil, 2000. Disponível em [http://opas.org.br/rh/publicações:textos:org_trab.pdf](http://opas.org.br/rh/publicações/textos/org_trab.pdf) Acesso em: 03/05/2009.

SILVA, A. P. **A prática da Equipe do Programa de Saúde da Família**: mudança ou conservação? / Andréa da Paixão Silva. Salvador: A. P. Silva, 2002, 125fl :il. Orientadora: Carmem Fontes Teixeira. Dissertação (Mestrado). – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 241-253.

ANEXOS



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALAGOINHAS**

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Na condição de Secretária Municipal de Saúde de Alagoinhas autorizo a realização da pesquisa sobre as práticas de saúde coletiva realizadas por enfermeiros na atenção básica na instituição que dirijo, da autoria da aluna Emanuela Cardoso da Silva, orientada pela profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Declaro que fui esclarecida sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, sobre a garantia da confidencialidade das informações e de esclarecimentos permanentes sobre a mesma.

Alagoinhas, 11 de junho de 2008.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ellis Rosa Almeida de Souza".

Ellis Rosa Almeida de Souza
Secretária Municipal de Saúde



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 18 de julho de 2008
Of. CEP-UEFS nº 186/2008

Senhor(a) Pesquisador(a): Emanuela Cardoso da Silva

Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado **“Práticas de Saúde Coletiva dos(as) Enfermeiros(as) que atuam na Rede Básica de Alagoinhas - Bahia”**, registrado neste CEP sob **Protocolo N.º 016/2008 (CAAE 0016.059.000-08)**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (**18/07/2009**) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

Maria Ângela Alves do Nascimento
Maria Ângela Alves do Nascimento
Coordenadora do CEP-UEFS.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PLANO DE ANÁLISE

Objetivo geral: Analisar as práticas de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas – Bahia.

Objetivo específico	Categoria de análise	Categoria operacional	Variáveis
<p>Identificar as atividades de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família;</p>	<p>Atividades de Saúde Coletiva na Atenção Básica.</p>	<p>Controle de causas</p>	<p>Promoção de hábitos saudáveis entre as famílias adscritas Estímulo a criação de espaços saudáveis dentro da área de abrangência Promoção da arte e da cultura local Promoção de atividades físicas e de lazer</p>
		<p>Controle de riscos</p>	<p>Educação para saúde Imunização Vigilância epidemiológica (controle de vetores) Vigilância sanitária (controle da qualidade dos alimentos)</p>
		<p>Controle de danos</p>	<p>Vigilância epidemiológica (notificação e investigação de casos) Educação para a saúde de grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças 0 a 2 anos, portadores de</p>

			tuberculose e hanseníase) Visitas domiciliares
		Atividades de planejamento e gestão em saúde	<p><i>Territorialização:</i> Definição da população alvo Cadastramento das famílias Realização de mapeamento da área Lógica do mapeamento</p> <p><i>Organização das ações de saúde:</i> Realização e atualização da situação de saúde da área adscrita Programação das atividades em equipe (inclui reuniões de equipe, definição da semana típica, acolhimento, execução de ações de programas específicos - Tuberculose, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase) Administração de recursos humanos e materiais (coordenar, monitorar e supervisionar e capacitar os Agentes Comunitários de Saúde e equipe de enfermagem; solicitação, armazenamento e controle de medicamentos, materiais e equipamentos) Educação permanente (identificação de assuntos da área de Saúde Coletiva que necessitem de capacitação ou atualização; participação em cursos oferecidos pela Secretaria de Saúde)</p>
	Caracterizar os meios de trabalho utilizados pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família;	Meios de trabalho de Saúde Coletiva na Atenção Básica.	<p>Conhecimentos utilizados para a realização das atividades de saúde coletiva</p> <p>Epidemiologia Planejamento e gestão em saúde Ciências sociais aplicadas à saúde Educação em saúde</p>
			<p>Instrumentos utilizados para a realização das atividades de saúde coletiva</p> <p>Registros dos dados (formulários, planilhas, matrizes, livros) Mapas Reuniões, oficinas de trabalho, grupos</p>
	Identificar as finalidades das práticas de Saúde	Finalidades das práticas de Saúde Coletiva na Atenção	<p>Conhecimento da população e do território</p> <p>Compreensão</p> <p>Descrição da população adscrita e do território. Descrição das características econômicas, sociais e culturais da</p>

<p>Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família;</p>	<p>Básica</p>	<p>do contexto comunitário</p> <p>Melhoria das condições de saúde da população adscrita</p>	<p>população adscrita.</p> <p>Intervenções baseadas no conhecimento sobre a evolução dos indicadores de saúde da população adscrita disponíveis.</p> <p>Avaliação sistemática da situação de saúde das famílias</p> <p>Priorização de grupos para atendimento</p> <p>Planejamento local junto com a comunidade</p> <p>Articulação política da equipe (com a comunidade, lideranças, órgãos governamentais e não-governamentais, articulação intersectorial)</p> <p>Estímulo ao controle social (Conselhos Locais de Saúde)</p>
---	---------------	---	--

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS

1. Em sua opinião, quais são as atividades de saúde coletiva que vem sendo realizadas pelas Equipes de Saúde da Família no município?
2. Quais são as equipes que apresentam um melhor desempenho na realização dessas atividades? Por quê?
3. Entre estas equipes, quais equipes você indicaria para fazerem parte de um estudo sobre as práticas de Saúde Coletiva?

APÊNDICE 3 – MATRIZ DE COLETA DOS DADOS

Objetivo geral: analisar as práticas de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas – Bahia.

Objetivo específico	Categoria de análise	Variáveis	Roteiro para coleta dos dados	Fontes de verificação
Identificar as atividades de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família;	Atividades de Saúde Coletiva na Atenção Básica.	Promoção de hábitos saudáveis entre as famílias adscritas Estímulo a criação de espaços saudáveis dentro da área de abrangência Promoção da arte e da cultura local Promoção de atividades físicas e de lazer	Você realiza atividades de promoção de hábitos saudáveis entre as famílias acompanhadas pela sua equipe? Você participa/promove a criação de espaços saudáveis na sua área de abrangência? Você participa/promove atividades físicas e de lazer na sua área de abrangência? Você promove/participa de atividades da arte e cultura local? Se participar das atividades, como se dá a sua participação? Como ocorre o planejamento e a execução destas atividades?	Entrevistas com os (as) profissionais de saúde da USF; Observação das atividades realizadas pelos (as) profissionais individualmente e/ou em equipe.

		<p>Educação para saúde</p> <p>Imunização</p> <p>Vigilância epidemiológica (controle de vetores)</p> <p>Vigilância sanitária (controle da qualidade dos alimentos)</p>	<p>Você realiza atividades de educação para a saúde? Quais atividades você realiza? Como?</p> <p>Como ocorre o planejamento e a execução destas atividades?</p> <p>Você realiza atividades de promoção/incentivo à imunização (educação, campanhas)? Quais atividades? Estas atividades são realizadas pelos outros membros de nível superior da equipe?</p> <p>Você realiza atividades de Vigilância epidemiológica? Quais atividades? Estas atividades são realizadas pelos outros membros de nível superior da equipe?</p> <p>Você realiza atividades de Vigilância sanitária? Quais atividades? Estas atividades são realizadas pelos outros membros de nível superior da equipe?</p>	<p>Entrevistas com os (as) profissionais de saúde da USF;</p> <p>Observação das atividades realizadas pelos (as) profissionais individualmente e/ou em equipe.</p>
		<p>Vigilância epidemiológica (notificação e investigação de casos)</p> <p>Educação para a saúde de grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças 0 a 2 anos, portadores de tuberculose e hanseníase)</p> <p>Visitas domiciliares</p>	<p>Você realiza atividades de Vigilância epidemiológica? Quais atividades? Estas atividades são realizadas pelos outros membros de nível superior da equipe?</p> <p>Você realiza atividades de educação em saúde para grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças 0 a 2 anos, portadores de tuberculose e hanseníase)? Quais são estas atividades e como elas são realizadas?</p> <p>Como ocorre o planejamento destas atividades? Estas atividades são realizadas pelos outros membros de nível superior da equipe?</p> <p>Você realiza visitas domiciliares? Como são agendadas estas visitas? Elas são realizadas em conjunto com os outros membros de nível superior da equipe?</p>	<p>Entrevistas com os (as) profissionais de saúde da USF;</p> <p>Observação das atividades realizadas pelos (as) profissionais individualmente e/ou em equipe.</p>

		<p><i>Territorialização</i> : Definição da população alvo Cadastramento das famílias Realização de mapeamento da área Lógica do mapeamento</p>	<p>Como ocorre (eu) a definição da população alvo desta área de abrangência? E o cadastramento das famílias? Quem acompanha/supervisiona esse cadastramento? Como ocorre (eu) o mapeamento da área? Existe uma atualização periódica do mapa? Quem é o responsável pelo acompanhamento/supervisão desta atividade? Os membros da equipe de nível superior participam destas atividades?</p>	<p>Entrevistas com os (as) profissionais de saúde da USF; Observação das atividades realizadas pelos (as) profissionais individualmente e/ou em equipe.</p>
--	--	--	---	---

		<p><i>Organização das ações de saúde:</i> Realização e atualização da situação de saúde da área adscrita Programação das atividades em equipe (inclui reuniões de equipe, definição da semana típica, acolhimento, execução de ações de programas específicos - Tuberculose, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase) Administração de recursos humanos e materiais (coordenar, monitorar e supervisionar e capacitar os Agentes Comunitários de Saúde e equipe de enfermagem; solicitação, armazenamento e controle de medicamentos, materiais e equipamentos) Educação permanente (identificação de assuntos da área de Saúde Coletiva que necessitem de capacitação ou atualização; participação em cursos oferecidos pela Secretaria de Saúde)</p>	<p>Você realiza a atualização da situação de saúde da área adscrita? Como você realiza esta atividade? Ela ocorre com a participação dos outros membros de nível superior da equipe? Existe um planejamento para a realização desta atividade? Como são programadas as atividades da equipe? Existe um cronograma de reuniões de equipe? Qual a periodicidade destas reuniões? Quem define a pauta destas reuniões? Existe um registro destas reuniões? Quem é o responsável pelos recursos humanos da unidade? Quem supervisiona os ACS e equipe de enfermagem? Existe participação dos outros membros de nível superior da equipe? Quem é o responsável pela solicitação, controle e armazenamento de materiais e equipamentos? Existe participação dos outros membros de nível superior da equipe? Como ocorre o planejamento das ações de educação permanente da equipe? Quem é o responsável pela execução destas ações? Quem participa destas atividades?</p>	<p>Entrevistas com os (as) profissionais de saúde da USF; Observação das atividades realizadas pelos (as) profissionais individualmente e/ou em equipe.</p>
<p>Caracterizar os meios de trabalho utilizados pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família;</p>	<p>Meios de trabalho de Saúde Coletiva na Atenção Básica.</p>	<p>Epidemiologia Planejamento e gestão em saúde Ciências sociais aplicadas à saúde Educação em saúde Registros dos dados (formulários, planilhas, matrizes, livros) Mapas Reuniões, oficinas de trabalho, grupos</p>	<p>Quais são as informações que você utiliza na realização de suas atividades cotidianas? Como ocorre o registro destas atividades? Existe colaboração entre os membros de nível superior da equipe no planejamento e execução destas ações? Quais são os meios utilizados para registro dos dados? Quem realiza o preenchimento do registro dos dados? A equipe realiza reuniões,</p>	<p>Entrevistas com os (as) profissionais de saúde da USF; Observação das atividades realizadas pelos (as) profissionais individualmente e/ou em equipe.</p>

			oficinas, grupos entre os membros da equipe e com a comunidade?	
Identificar as finalidades das práticas de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família;	Finalidades das práticas de Saúde Coletiva na Atenção Básica	Descrição da população adscrita e do território; Descrição das características econômicas, sociais e culturais da população adscrita; Intervenções baseadas no conhecimento sobre a evolução dos indicadores de saúde da população adscrita disponíveis. Avaliação sistemática da situação de saúde das famílias Priorização de grupos para atendimento Planejamento local junto com a comunidade Articulação política da equipe (com a comunidade, lideranças, órgãos governamentais e não-governamentais, articulação intersetorial) Estímulo ao controle social (Conselhos Locais de Saúde)	A equipe conhece o perfil da população adscrita e do território? Como ocorre (eu) a descrição desta população e do território? A equipe se utiliza deste conhecimento para o planejamento/execução das intervenções de saúde? Como se dá este planejamento? A equipe avalia sistematicamente a situação de saúde das famílias da área adscrita? A equipe prioriza os grupos para atendimento baseados no perfil de saúde da população? A equipe consegue se articular com a comunidade, órgãos governamentais e não-governamentais e outros setores? Como se dá esta articulação? A equipe participa das reuniões de comunidade, do Conselho Municipal de Saúde? A equipe estimula o controle social? Existe na área adscrita Conselho local de Saúde?	Entrevistas com os (as) profissionais de saúde da USF; Observação das atividades realizadas pelos (as) profissionais individualmente e/ou em equipe.

APÊNDICE 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de identificação.

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

Unidade de Saúde: _____

Categoria profissional: _____

Formação: elementar () técnica () superior ()

Ano de conclusão da formação: _____

Qualificação profissional: _____

Tempo que atua nesta unidade: _____

Descrição de atividades cotidianas.

- Quais são suas principais atividades?
- Como você as desenvolve?
- Descreva sua semana típica de trabalho.
- Como você organiza as suas atividades?
- Que informações você utiliza para organizar/realizar suas atividades?
- Seu trabalho depende do trabalho de outro profissional da Unidade? Qual (is)? Exemplifique.

Atividades de Saúde Coletiva na Atenção Básica.

Controle de causas

- Você realiza atividades de promoção de hábitos saudáveis entre as famílias acompanhadas pela sua equipe?
- Você participa/promove a criação de espaços saudáveis na sua área de abrangência?
- Você participa/promove atividades físicas e de lazer na sua área de abrangência?
- Você promove/participa de atividades da arte e cultura local?
- Se participar das atividades, como se dá a sua participação?
- Como ocorre o planejamento e a execução destas atividades?

Controle de riscos

- Você realiza atividades de educação para a saúde? Quais atividades você realiza? Como?
- Como ocorre o planejamento e a execução destas atividades?
- Você realiza atividades de promoção/incentivo à imunização (educação, campanhas)? Quais atividades? Estas atividades são realizadas pelos outros membros de nível superior da equipe?
- Você realiza atividades de Vigilância epidemiológica? Quais atividades? Estas atividades são realizadas pelos outros membros de nível superior da equipe?
- Você realiza atividades de Vigilância sanitária? Quais atividades? Estas atividades são realizadas pelos outros membros de nível superior da equipe?

Controle de danos

- Você realiza atividades de educação em saúde para grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças 0 a 2 anos, portadores de tuberculose e hanseníase)?
- Quais são estas atividades e como elas são realizadas?
- Como ocorre o planejamento destas atividades? Estas atividades são realizadas pelos outros membros da equipe? Quais?
- Você realiza visitas domiciliares? Como são agendadas estas visitas? Elas são realizadas em conjunto com os outros membros da equipe? Quais?

Atividades de planejamento e gestão em saúde

- Como ocorre (eu) a definição da população alvo desta área de abrangência?
- E o cadastramento das famílias? Quem acompanha/supervisiona esse cadastramento?
- Como ocorre (eu) o mapeamento da área? Existe uma atualização periódica do mapa? Quem é o responsável pelo acompanhamento/supervisão desta atividade?
- Os membros da equipe participam destas atividades? Quais?
- Você realiza a atualização da situação de saúde da área adscrita? Como você realiza esta atividade? Ela ocorre com a participação dos outros membros da equipe? Quais? Existe um planejamento para a realização desta atividade?
- Como são programadas as atividades da equipe? Existe um cronograma de reuniões de equipe? Qual a periodicidade destas reuniões? Quem define a pauta destas reuniões? Existe um registro destas reuniões?
- Quem é o responsável pelos recursos humanos da unidade? Quem supervisiona os ACS e equipe de enfermagem? Existe participação dos outros membros da equipe? Quais?
- Quem é o responsável pela solicitação, controle e armazenamento de materiais e equipamentos? Existe participação dos outros membros da equipe? Quais?
- Como ocorre o planejamento das ações de educação permanente da equipe? Quem é o responsável pela execução destas ações? Quem participa destas atividades?

Meios de trabalho de Saúde Coletiva na Atenção Básica.

- Quais são as informações que você utiliza na realização de suas atividades cotidianas?
- Como ocorre o registro destas atividades?
- Existe colaboração entre os membros da equipe no planejamento e execução destas ações? Quem colabora?
- Quais são os meios utilizados para registro dos dados? Quem realiza o preenchimento do registro dos dados?
- A equipe realiza reuniões, oficinas, grupos entre os membros da equipe e com a comunidade?

Finalidades das práticas de Saúde Coletiva na Atenção Básica

- Você conhece o perfil da população adscrita e do território? A equipe conhece o perfil da população adscrita e do território? Como ocorre (eu) a descrição desta população e do território?

- Você utiliza este conhecimento para o planejamento/execução das intervenções de saúde? A equipe utiliza este conhecimento para o planejamento/execução das intervenções de saúde? Como se dá este planejamento?
- Você/ a equipe avalia sistematicamente a situação de saúde das famílias da área adscrita?
- Você/ a equipe prioriza os grupos para atendimento baseados no perfil de saúde da população?
- Você/ a equipe consegue se articular com a comunidade, órgãos governamentais e não-governamentais e outros setores? Como se dá esta articulação?
- Você/ a equipe participa das reuniões de comunidade, do Conselho Municipal de Saúde?
- Você/ a equipe estimula o controle social? Existe na área adscrita Conselho local de Saúde?

APÊNDICE 5 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE - ATIVIDADES DO PROFISSIONAL

Observar os seguintes aspectos em um dia típico de trabalho:

- Principais atividades realizadas.
- Como o (a) profissional (a) as desenvolve. Que informações são utilizadas para organizar seu trabalho.
- Com quem conversa/interage para realizar seu trabalho.
- Três facilidades e três dificuldades para a realização do seu trabalho.
- Registro das atividades realizadas (quais e como foram feitas).

1 ATIVIDADES EM EQUIPE

- Principais atividades realizadas.
- Como os profissionais organizam a atividade. Que informações são utilizadas para a organização desta atividade.
- Registro de participação/encaminhamento das decisões da equipe.
- Registro de atividades de planejamento para execução/organização do trabalho dos profissionais.

APÊNDICE 6 - AS PRÁTICAS DE SAÚDE COLETIVA REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO PSF DE ALAGOINHAS – BAHIA.

Pesquisadora responsável: **Emanuela Cardoso da Silva**
Pesquisadora colaboradora: **Ana Luiza Queiroz Vilasbôas**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “AS PRÁTICAS DE SAÚDE COLETIVA E O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE: contribuições para a mudança do modelo assistencial?”, que terá como entrevistadora a pesquisadora Emanuela Cardoso da Silva, discente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Enquanto pesquisadora informo-lhe que esta pesquisa tem os seguintes objetivos: identificar as atividades de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família; caracterizar os meios de trabalho utilizados pelos (as) profissionais de saúde para a realização de atividades de Saúde Coletiva no Programa de Saúde da Família e identificar as finalidades das práticas de Saúde Coletiva realizadas pelos (as) profissionais de saúde que atuam no Programa de Saúde da Família. Para a entrevista, que será marcada com antecedência, solicitamos a sua autorização para a utilização do gravador. As gravações serão armazenadas no Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) da UEFS, em um local seguro e sigiloso por um período de cinco anos, cujo acesso só será permitido para as pesquisadoras. Após este período, as gravações serão destruídas. A entrevista pode causar algum tipo de desconforto por se tratar de um tema relacionado à sua prática profissional e à sua aprendizagem. Cumpre esclarecer que sua participação é voluntária e que você pode interrompê-la a qualquer momento. Neste estudo lhe asseguramos o anonimato, a privacidade e o sigilo sobre as declarações que forem prestadas por você, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional e Saúde. Não há despesas, compensações financeiras ou qualquer tipo de benefício direto por sua participação na pesquisa. Informamos que você terá acesso livre aos resultados da pesquisa, bem como que as informações fornecidas por você serão utilizadas apenas para os propósitos da pesquisa e que os resultados serão divulgados em eventos como simpósios, congressos, seminários e publicação destes resultados em periódicos, revistas científicas, livros, artigos, entre outros. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas, Emanuela Cardoso da Silva, que pode ser encontrada no Núcleo de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, localizado na Av. Universitária, s/n - km 03 da BR 116, Campus Universitário, CEP: 44031-460, Feira de Santana - BA – Brasil, fone: (0xx75) 3224-8095 / 3224-8116 , fax: (0xx75) 3224-8001, e-mail: manucardozzo@hotmail.com. Diante dos esclarecimentos acima expostos, se o (a) senhor (a) concorda em participar da nossa pesquisa, respondendo as questões solicitadas e autorizando o uso das informações cedidas para fins científicos, deve assinar conosco este termo, em duas cópias, sendo que uma cópia ficará com o (a) Sr. (a) e a outra cópia com as pesquisadoras.

Alagoinhas, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do entrevistado

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da pesquisadora colaboradora