

“A incorporação da saúde ambiental pela atenção básica no município de Volta Redonda, estado do Rio de Janeiro”

por

Renata Campos Velasque

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública e Meio Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas

Rio de Janeiro Abril de 2010.

Esta dissertação, intitulada

*“A INCORPORAÇÃO DA SAÚDE AMBIENTAL PELA ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA, ESTADO DO RIO DE JANEIRO”*

Apresentada por

Renata Campos Velasque

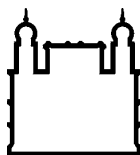
foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Prof.^a Dr.^a Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel

Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 05 de abril de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2010.

Renata Campos Velasque

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2702 ou 08000-230085
E-mail: secaambiente@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

Catálogo na fonte

**Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública**

V434 Velasque, Renata Campos
A Incorporação da saúde ambiental pela atenção básica no
Município de Volta Redonda, Estado do Rio de Janeiro. / Renata
Campos Velasque. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
189 f., il., tab.

Orientador: Freitas, Carlos Machado de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Saúde Ambiental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Promoção da
Saúde. 4. Saúde da Família. 5. Estratégias. 6. Território. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.7098153

DEDICATÓRIA

A meu pai Luiz e minha tia Suely, que não puderam estar presentes na minha conquista, mas participaram do meu sonho. E deixaram o meu coração cheio de saudades.

À minha mãe e minha irmã, sempre me ajudaram e incentivaram durante esta fase.

Aos meus filhos, Lucas e Mariana, pelo incentivo nos momentos difíceis e pelo amor de vocês.

A minha amiga Clara Teixeira, por ter sempre acreditado em mim e pela força nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu forças para enfrentar todos os obstáculos e sempre me amparou nos momentos de dificuldades.

Ao Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas, pelo apoio, incentivo e o carinho na condução do trabalho.

Aos Dicers. Elvira Maciel e Márcia Fausto, pela gentileza em participar da Banca Examinadora.

Aos professores das disciplinas exigidas à titulação, pela competência e dedicação.

À Prof. Dr. Aldo Pacheco pelo incentivo e por acreditar no meu potencial.

A todos os colegas da turma de mestrado, companheiros dessa jornada no qual compartilhamos os dissabores e as alegrias pelas nossas conquistas.

À Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, em especial a todos os funcionários da Secretaria de Gestão Acadêmica (SECA) e do Comitê de ética e Pesquisa e demais colaboradores dessa instituição, pela gentileza em cada gesto, e pela acolhida durante todo esse tempo, o meu muito obrigado.

Aos meninos da xérox da ENSP pela gentileza e carinho durante esse período.

A minha amiga Carla Torres.

A todos os meus amigos que torcem pelo meu sucesso, mesmo aqueles que estão distantes. Amo todos vocês pelo seu incentivo e amizade, que tornaram possíveis esse momento.

LISTA DE FIGURAS

		Página
Figura 4.1	ESF de Siderlândia.	63
Figura 4.2	O entorno da Unidade de Saúde da Família	64
Figura 4.3	Bairro de Siderlândia	64
Figura 4.4	Bairro Belmonte vista da CSN	65
Figura 4.5	Bairro Belmonte	66
Figura 4.6	Entorno da ESF de Belmonte	66

LISTA DE TABELAS

		Página
Tabela 5.1	Promoção de saúde: idéias centrais e expressões-chaves	74
Tabela 5.2	Conceito de Saúde Ambiental: Idéias Centrais e expressões-chaves	81
Tabela 5.3	Identificação dos problemas ambientais: Idéias centrais e expressões-chaves	86
Tabela 5.4	Enfrentamento dos problemas ambientais: Idéia central e expressão-chave	92
Tabela 5.5	Capacitação e Trocas de Experiências: Idéias centrais e Expressões-chaves	97
Tabela 5.6	Território na Saúde: Idéias Centrais e Expressões-chaves	104
Tabela 5.7	ESF idéias centrais e expressões-chaves	112
Tabela 6	Compilação dos dados da entrevistas: Idéias centrais e Expressões-chaves	121

LISTA DE ABREVIATURAS / ACRÔNIMOS

AC	Ancoragem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	Atenção Primária Ambiental
APS	Atenção Primária em Saúde
APSA	Atenção Primária em Saúde Ambiental
CISMEPA	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba
CGVAM	Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental
CPS	Cuidados Primários em Saúde
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DDA	Doença Diarréica Aguda
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões – Chave
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FPEEEA	Força motriz-Pressão-Estado-Exposição-Efeito-Ação
IC	Idéia Central
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
IRA	Infecção Respiratória Aguda
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Atenção à Saúde
NVDSMP	Núcleo de Vigilância Descentralizado de Saúde do Médio Paraíba
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSA	Política Nacional de Saúde Ambiental
PSF	Programa de Saúde da Família
RIPSA	Rede Virtual da Caatinga
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINGREH	Sistema Nacional de Gerenciamento dos Recursos Hídricos
SINVSA	Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental

SISNAMA	Sistema Nacional do Meio Ambiente
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCE	Tribunal de Contas Estadual
USF	Unidade de Saúde da Família
VSA	Vigilância em Saúde Ambiental
WHO	World Health Organization

RESUMO / PALAVRAS-CHAVE

O objetivo desse estudo em uma perspectiva qualitativa é o de analisar como está ocorrendo o processo de incorporação da saúde ambiental pela atenção básica, através da atuação da Estratégia de Saúde da Família no município de Volta Redonda, estado do Rio de Janeiro.

A estrutura conceitual abordou os temas: Saúde ambiental e seu respectivo desenvolvimento dentro do sistema saúde brasileiro; o conceito de território e sua aplicação prática na saúde; a Estratégia de Saúde da Família como veículo de operacionalização.

A metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo foi utilizada para a confecção do roteiro de entrevista e a tabulação dos dados, permitindo a identificação das idéias centrais e expressões-chaves presentes nos discursos dos gestores e das equipes. A análise foi pelos preceitos da Teoria das Representações Sociais.

Os resultados das entrevistas apontam para uma dicotomia entre a visão dos gestores, influenciada pelas concepções teóricas contidas nas políticas públicas de saúde, e a visão da equipes, influenciada pela a estrutura organizacional do SUS. O que influencia na relação saúde e ambiente.

Palavras-chave: Saúde Ambiental; Atenção Básica; Território; Promoção da Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

Abstract / Key words

The objective of this study was in a qualitative perspective to analyze as the process of incorporation of the ambient health for the basic attention is occurring, through the performance of the Strategy of Health of the Family in the city in of Volta Redonda, state of Rio de Janeiro.

The conceptual structure approached the subjects: Ambient health and its respective development inside of the Brazilian system health; the concept of territory and its practical application in the health, the Strategy of Health of the Family as operationalizes vehicle.

The methodology of the Speech of the Collective Citizen was used for the confection of the interview script and the tab of the data, having allowed the identification of the ideas central offices and expression-keys gifts in the speeches of the managers and the teams. The analysis was for the rules of the Theory of the Social Representations.

The results of the interviews point with respect to a dichotomy between the vision of the managers influenced by the contained theoretical conceptions in the public politics of health, and the vision of the teams influenced by the a organizational structure of the SUS. What it influences in the relation health and environment.

Word-key: Ambient health; Basic attention; Territory; Promotion of the Health; Strategy of Health of the Family.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1. A SAÚDE AMBIENTAL NO SUS	19
1.1 A Saúde Ambiental e o SUS	19
1.2 Arcabouço Legal da Saúde Ambiental	20
1.3 A Operacionalização da Saúde Ambiental no SUS	23
1.4 Vigilância em Saúde Ambiental.	28
CAPÍTULO 2. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	30
2.1 Atenção em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	30
2.2. Estratégia de saúde da Família e a Intersetorialidade	35
2.3. Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Ambiental	37
CAPÍTULO 3. TERRITÓRIO	41
3.1 O Território na saúde e na saúde ambiental	41
3.2 O Território na saúde da Família	44
CAPÍTULO 4. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO E ASPECTOS METODOLÓGICOS	49
4.1 Método	49
4.2 Levantamento de Dados	51
4.3 Escolha do Campo de Estudos	54
4.4 Universo dos Atores Entrevistados	56
4.5 Instrumento de Coleta de Dados	57
4.6 Entrada em Campo	60
4.7 Entrevista	61
4.7.1 Entrevista gestores	61
4.7.2 Entrevistas com as equipes da ESF	62
4.8 Referencial de análise dos dados	67
4.9 Limitação	68
CAPÍTULO 5. RESULTADOS E DISCURSÃO.	70
5.1 Promoção de Saúde	70
5.2 Saúde Ambiental	77
5.2.1 Conceito de saúde ambiental	78
5.2.2 Identificação dos problemas ambientais	82
5.2.3 Enfrentamento dos problemas ambientais	89

5.2.4 Capacitação e troca de experiências	95
5.3 Território na Saúde	99
5.4 Estratégia de Saúde da Família	107
CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
Referências Bibliográficas	126
Anexo I - Roteiro de Entrevistas	132
Anexo II – Entrevistas dos Gestores	135
Anexo III – Entrevistas das Equipes	160

INTRODUÇÃO

Os impactos das atividades humanas sobre o ambiente geram problemas que se expressam em situações locais, que interagem com diferentes grupos populacionais, tornando-se elementos geradores de riscos à saúde. Os determinantes ambientais da saúde, abordados em entrevista pelo coordenador da saúde ambiental e do trabalhador Guilherme Netto. São compostos por três vertentes ou cenários: o primeiro vinculado ao subdesenvolvimento, à queda na qualidade de vida, as morbidades prevalentes, vinculada ao déficit do saneamento ambiental básico; o segundo é relacionado ao desenvolvimento industrial, com a exposição a produtos e subprodutos tóxicos e poluentes com impacto na saúde das comunidades e dos trabalhadores; e o terceiro relacionado à globalização e a crise ambiental global, com a degradação do ecossistema e mudança climática. (E.S.S, 2008)

O enfrentamento dos problemas advindos desta configuração coloca o setor saúde na centralidade das ações articuladoras das políticas públicas, e neste caso, no que se refere à convergência de ações que contemplem questões como saúde, trabalho, emprego, transporte, educação, ciência, tecnologia, economia, indústria, meio ambiente, desenvolvimento urbano e cultura entre outros. (MS, 2007)

A incorporação da saúde ambiental ao Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da estruturação da Política Nacional de Saúde Ambiental (PNSA, 2006), perpassa, também, pela adoção de um modelo de atenção centrado na promoção da saúde humana em ambientes saudáveis, através da priorização de ações que visem à melhoria da qualidade de vida da população. Este modelo concebe o ambiente como um território vivo e dinâmico, representado pelos espaços do cotidiano da vida das pessoas, onde se desenvolve preferencialmente a saúde. (MS, 2007).

O objetivo desse modelo é o bem-estar da população e para alcançar este objetivo é fundamental um enfoque que contemple a integralidade das ações de saúde. Para isto, cabe ao setor da saúde caminhar para uma estruturação a formação de equipes com capacidade de diálogo com outros setores, bem como a construção de sistemas de informações capazes de subsidiar a análise da situação de saúde e a tomada de decisão, proporcionando a reestruturação das ações de vigilância em saúde para a complexidade do processo saúde-doença atual. (BARCELLOS & QUITÉRIO, 2006).

Teixeira (2002) reflete sobre a mudança no modelo centrado na atenção à “demanda espontânea”, de atendimento a doentes, para um que leve em conta a heterogeneidade das condições de vida dos diversos grupos sociais, bem como a

diversidade de situações existentes nas diversas regiões, estados e municípios brasileiros com respeito à organização e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), passando a incluir ações de prevenção de riscos e agravos bem como, ações de promoção da saúde para além dos muros das unidades, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços.

A modificação do modelo de atenção tem como eixo central o fortalecimento da atenção básica, que é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). O instrumento para a reorganização da atenção básica é a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada como um programa em 1994 se consolidou a partir do ano de 1998, como a estratégia estruturante deste modelo de atenção proposto pelo MS para o SUS. (FAUSTO, 2005)

Na saúde da família a atenção é focalizada na família e na comunidade, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de formação multidisciplinar, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções, que vão além de práticas curativas. As equipes inseridas na própria comunidade promovem, dentro da especificidade de cada realidade, valores e crenças, ações orientadas pela Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS). (MS, 2004)

Porém, Teixeira (2002), ressalta que uma transformação do modelo de atenção para ser concretizada exige uma conjunção de estratégias e propostas sinérgicas nas três dimensões: a gerencial, relativa à reorganização das ações e serviços; a organizativa, relacionada ao fluxo entre as unidades de prestação de serviços e; a técnico-assistencial, relacionada ao processo de trabalho em saúde em seus respectivos planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação).

Em relação à gestão, o desafio é de operacionalizar esse processo de trabalho de maneira transversal, intersetorial e articulado numa perspectiva regionalizada, com resolutividade e qualidade de ações e serviços. Assim garantindo a integralidade da atenção à saúde através de ações locais, mas agregando ações regionais que contribuem no enfrentamento do processo saúde-doença e também na racionalização dos gastos e dos recursos, por uma articulação entre os municípios de uma região. (MS, 2006).

Essa visão de um enfrentamento do processo saúde-doença numa escala também regional é abordada por Freitas (2008), ao afirmar que a população apresenta uma dinâmica própria, influenciada pelo contexto sócio-econômico e cultural em que está inserida, e que não respeita os limites físicos que delimitam um município. Sendo que a mesma dinâmica pode ser incluída na geração de alterações ambientais, que

potencialmente produzem danos à saúde de uma população, que podem não estar presentes em seu próprio território.

A fonte de geração de riscos ou danos à saúde pode estar situada em outro município, ou estado, ou até ser consequência de ações de países do mesmo continente ou pertencente a outros. Esta escala de geração de riscos a saúde, identifica a respectiva fonte como sendo de origem: local, regional, nacional ou até mundial. (FREITAS, 2008)

O entendimento de que apesar da geração de riscos ou danos não ser necessariamente no local, é no local onde os problemas de saúde se materializam em alterações na qualidade de vida e bem estar da população. Portanto, a questão norteadora deste estudo são os problemas ambientais que interferem na saúde humana, abordados pela atenção básica do município de Volta Redonda através de seu instrumento preferencial, a Estratégia de Saúde da Família.

O objetivo geral deste estudo de caráter exploratório e descritivo é contribuir para o entendimento de como está ocorrendo o processo de incorporação da questão ambiental, pela atenção básica, no Município de Volta Redonda, na visão dos gestores e das equipes da ESF, no qual emerge o discurso da operacionalização da dimensão técnica assistencial segundo Teixeira (2002) segundo a perspectiva da gestão e da atenção, onde a Estratégia de Saúde da Família constitui a principal forma de atuação.

Como é um tema ainda pouco explorado, esse trabalho se justifica por ser um esforço na direção de um conhecimento sobre o tema que aborda a saúde como bem-estar, onde a interface entre saúde e ambiente se desenvolve. Para isto é necessário o conhecimento das orientações técnicas e a prática real na criação de um modelo de atenção à saúde que contemple a relação saúde - ambiente.

Com relação aos aspectos acadêmicos, a possibilidade de entender como a questão ambiental é anunciada e como ela aparece na literatura atual. Com isto espera-se, portanto, contribuir para a consolidação da produção científica nesta interface, consubstanciando ações com o objetivo de promover o bem-estar da população.

A metodologia para a construção dos instrumentos de coleta e tratamento dos dados foi a do Discurso do Sujeito Coletivo. Que permitiu a análise, a partir da Teoria das Representações Sociais das idéias centrais presentes nas respectivas expressões-chaves retiradas dos discursos presentes nas entrevistas dos gestores e das equipes da ESF.

Para alcançarmos o objetivo proposto foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- 1 Investigar e analisar como a ESF desenvolve as ações de Atenção Básica no Município de Volta Redonda;
- 2 Investigar e analisar como a ESF de Volta Redonda atua nas ações relacionadas à Saúde Ambiental;
- 3 Investigar e analisar a possível articulação entre as equipes do município, ou entre as equipes de municípios do entorno, para a construção de estratégias regionais na área de Saúde Ambiental;
- 4 Investigar e analisar como os gestores do município de Volta Redonda abordam a Saúde Ambiental;

O projeto de pesquisa Nº17/09 foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP) em 04 de Março de 2009. CAAE: 0019.0.031.000-09

CAPÍTULO 1 - SAÚDE AMBIENTAL.

1.1 - A Saúde Ambiental e o SUS.

A relação entre o ambiente e a saúde da população é antiga. Hipócrates em seus textos “ares, águas e lugares”, relacionava a natureza do indivíduo com o ambiente, o qual era denominado de entorno. O entorno era imutável e divino, mas poderia ser contornável, e a partir da observação do entorno e sua influência na natureza do organismo, buscava-se explicar os processos de adoecimento, como por exemplo, as estações do ano e o surgimento ou agravamento de certas morbidades, bem como, a redução de outras. Esta abordagem foi também utilizada para a organização das cidades, pela observação da direção dos ventos e suas conseqüências na natureza do homem. (CAIRUS, 2005)

De Hipócrates até o Brasil do século XXI, houve um desenvolvimento técnico - científico da humanidade, que fundamentou e modificou a abordagem da relação entre o ambiente e a saúde humana, principalmente após a revolução industrial com a modificação do processo de trabalho e da escala de produção, além da maior concentração populacional nas cidades. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) de 1975 foi o marco brasileiro, pois instituiu na forma organizacional da saúde as ações de vigilância. Nesta fase, o saneamento era o foco importante que objetivava o controle e fiscalização de fatores de interesses sanitários. Neste contexto, a vigilância da água para consumo humano estava subordinada a vigilância sanitária, padrão que foi mantido até o final da década de 90 (AUGUSTO, 2003).

A Vigilância ambiental como ação específica na estrutura do setor saúde tem início em 2000, quando o Ministério da Saúde formulou a Vigilância Ambiental em Saúde, e a descreveu como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. Os instrumentos de vigilância em saúde ambiental devem permitir a análise de informações relacionadas ao ambiente e à saúde e definir indicadores com o objetivo de prevenir e atender a ocorrência dos agravos à saúde. (MS, 2007)

A contribuição da saúde ambiental para a saúde pública foi destacada pelo Coordenador Geral de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGVAM/SVS/MS), Dr. Guilherme Franco Netto, que relatou em entrevista que: *“A vigilância em saúde ambiental integra o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e a rede de vigilâncias que o compõe, juntamente com a epidemiológica, a sanitária e a de saúde do trabalhador. A contribuição genuína da vigilância em saúde ambiental à Saúde Pública está na possibilidade de conhecer, monitorar e avaliar, sistemicamente, os fatores de risco à saúde humana relacionados ao ambiente, integrando e compatibilizando essas informações, nas três esferas de poder, às informações da vigilância em saúde.”* (Epidemiol. Serv. Saúde, 2008).

O Ministério da saúde concebe a saúde ambiental como transversal, no qual deve existir uma incorporação entre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Nacional de Meio Ambiente (Sisnama), do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos (Singreh) e de outros afins. O objetivo da vigilância ambiental é ser um dos instrumentos que permite uma abordagem centrada na promoção e da proteção à saúde dos cidadãos, contribuindo para o pressuposto de saúde como direito universal, no qual está incluído o direito ao ambiente ecologicamente equilibrado. (MS, 2007).

1.2 - Arcabouço Legal da Saúde Ambiental

O paradigma no qual o ambiente ecologicamente equilibrado é um direito, a busca pela saúde e uma melhor qualidade de vida adquire um teor estratégico, necessitando de políticas e forma organizacionais, que possibilitem uma abordagem complexa e ampliada da saúde. As Políticas de Saúde e Ambiente refletiram esta abordagem, e desenvolveram um papel de eixo estruturador através de um arcabouço legal e organizacional. (AUGUSTO ET AL, 2003)

Como ponto de corte para esta abordagem, podemos identificar o movimento pela Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde, ambas em 1986, que inspiraram os constituintes de 1988, na elaboração da Constituição Brasileira do mesmo ano. Esta Carta promoveu alterações da estrutura jurídico-institucional, que constituiu a base para abordar a saúde como resultante das condições de vida e do meio ambiente

dos povos, decorrendo desta fundamentação uma mudança nas práticas vigentes. O Sistema Único de Saúde foi criado para atender esta demanda, oriunda da mudança na abordagem. (MS, 2007).

A Constituição de 1988 demarca da inter-relação saúde-ambiente, com o conceito ampliado de saúde, além de criarem o Sistema Único de Saúde. Podemos destacar (BRASIL, 1988):

- Art. 23, incisos II, VI, VII e IX; que estabelece a competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios de cuidar da saúde, proteger o meio ambiente, promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico, além de combater a poluição em qualquer de suas formas e preservar as florestas, a fauna e a flora;
- Art. 196; que define a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;
- Art. 200, incisos II e VIII; que fixa como atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras, a execução de “ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”;
- Art. 225; no qual está assegurado o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem como o seu uso comum visando à qualidade de vida, cabendo ao Poder público e a sociedade o dever de defendê-lo e preservá-lo tanto no presente quanto para as gerações futuras.

As leis, decretos e normas que regulamentaram alguns artigos da constituição, que contém subsídios na construção da abordagem centrada na saúde e ambiente e, são o embasamento teórico das práticas de saúde ambiental destacadas neste estudo são:

- A Lei nº. 8.080/90; que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), destaca como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, “*a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*”. Além disso, salienta que “*os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País*” (art. 3º). No art. 6º; é definido o campo de atuação do SUS, incluindo as ações inerentes à vigilância sanitária, à vigilância epidemiológica, além da participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho;

o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, entre outros.

- A Lei N.º.683/03; que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, que atribui como uma das competências do Ministério da Saúde a **“saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e índios”** (Brasil, 2003b, art. 27, XX, c).
- O Decreto N.º.726/2003; que trata da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, compete à Secretaria de Vigilância em Saúde coordenar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, incluindo o ambiente de trabalho (BRASIL, 2003a, art. 29, I, b, apud, MS,2007).
- A Instrução Normativa SVS/MS n.º. 1, de 07 de março de 2005; estabeleceu o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (Sinvs) e definiu os níveis de competência das três esferas de governo na área de vigilância em saúde ambiental, o que vem sendo estruturado de forma gradativa no País. Tal normatização define o ambiente de trabalho como objeto de vigilância, de forma complementar a Instrução Normativa de Vigilância à Saúde do Trabalhador, aprovada pela Portaria n.º. 3.120, de 1º de julho de 1998. Esta tem como objetivo instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela vigilância, nas secretarias estaduais e municipais, de forma que incorporem em suas práticas, mecanismos de análise e intervenções sobre os processos e os ambientes de trabalho.

Este arcabouço legal estrutura as diretrizes para a adoção de um modelo de atenção¹, ampliado e sistêmico, que incorpore o conceito ampliado de saúde e a saúde ambiental. A legislação deve ser efetiva no seu papel de estruturar o modelo com suas três dimensões: a gerencial que aborda os mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; a dimensão *organizativa*, que está relacionada ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, considerando a hierarquia existente nos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado e, por último a dimensão *técnico-assistencial*, ou operativa, no qual se

¹“Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais), utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (Teixeira, 2000).

inserir as relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação). (TEIXEIRA, 2002)

O modelo de atenção que considera uma abordagem ampliada da saúde, onde o meio ambiente equilibrado é fundamental para saúde da população, está moldado pelas leis descritas acima, e a forma organizacional resultante deste enfoque, contempla a saúde ambiental estruturada somente pela Vigilância em Saúde Ambiental, com isto os indicadores ambientais são construídos de forma distinta, e não acoplados aos indicadores existentes da saúde. Augusto (2003), ainda destaca que este fator influencia na determinação de uma visão simplificada dos processos socioambientais complexos, onde ocorre o conflito entre uma estrutura organizacional burocrática, fragmentada, vertical e de racionalidade positivista e, o discurso da normatização, que prioriza uma abordagem ampliada do processo saúde-doença, através da integralidade das ações.

Augusto (2003) conclui em seu estudo que prática fragmentada do SUS é também influenciada pela vigilância em saúde ambiental. Os indicadores trabalhados pela VSA não são acoplados aos existentes na Atenção Básica, e estão centrados na relação entre a exposição a agentes e o desenvolvimento de agravos a saúde humana.

Portanto, percebemos que o arcabouço legislativo apresenta um discurso que propõe uma abordagem da relação saúde ambiente ampliada, onde a saúde e um ambiente ecologicamente estável são direitos da população. A integralidade das práticas de saúde é o foco importante desse discurso legal, que apresenta consonância estrutura normativa fundamentada no arcabouço legal. O ponto é como operacionalizar ações, fundamentadas nessas concepções, na estrutura operacional da saúde vigente no SUS.

1.3 - A Operacionalização da Saúde Ambiental no SUS

Teixeira (2002) destaca que este modelo preconizado pelos documentos e normas das políticas públicas de saúde e denominado de modelo de atenção à saúde, por si só, não garante as práticas integrais e intersetoriais necessárias para uma abordagem ampliada da concepção de saúde. A autora afirma que o processo é complexo e envolve também a agregação das dimensões sociais, técnica, ética, política e cultural.

No pressuposto teórico para a operacionalização da saúde ambiental no Sistema Único de Saúde (SUS), existe o direcionamento para a adoção de um modelo de atenção centrado na promoção da saúde humana em ambientes saudáveis, através da priorização de ações que visem à melhoria da qualidade de vida da população, no qual o ambiente é concebido como um território vivo e dinâmico, representado pelos espaços do cotidiano da vida das pessoas, onde se desenvolve preferencialmente a saúde, ou seja, centrar as ações fundamentalmente, embora não exclusivamente, fora das unidades de saúde, ocorrendo nos espaços do cotidiano da vida da humana, no qual se insere o ambiente. Neste ambiente está incluído no processo produtivo da sociedade e na dinâmica da vida tanto nas cidades como nos campos. (MS, 2007)

O processo de construção de uma Política Nacional de Saúde Ambiental ²(PNSA), ainda em desenvolvimento, pressupõe que ela possa representar um avanço e fundamentar a construção, pelo SUS, de práticas intersetoriais e transdisciplinares, com a participação social. Estas práticas, direcionadas para o bem-estar, devem ser norteadas pela relação ecogeossociais do homem com o meio ambiente. O ambiente é concebido como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais. (MS, 2007)

É no território, onde estas práticas ocorrem e o seu reconhecimento tem um papel importante, na caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, além de permitir o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante ações de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. Monken e Barcellos (2005) destacam que é no lugar onde se materializa os problemas, bem como o acesso aos serviços de saúde.

A abordagem do processo saúde-doença requer o entendimento do conceito de território e conseqüentemente, de lugar. Os autores destacam que o termo território é ainda impreciso e depende do ponto de vista, estando não só associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza, pelas marcas imprimidas pela sociedade, como também, por uma simples localização, referida indiscriminadamente a diferentes escalas, como a global, regional, da cidade, da rua e até de uma casa apenas.

Os autores utilizam como referencial teórico Santos (2002), que define o espaço geográfico como um *“conjunto indissociável de sistemas de ações e objetos”*. A

² “trata-se de um campo de práticas intersetoriais e transdisciplinares voltadas aos reflexos, na saúde humana, das relações ecogeossociais do homem com o ambiente, com vistas ao bem-estar, à qualidade de vida e à sustentabilidade, a fim de orientar políticas públicas formuladas com utilização do conhecimento disponível e com participação e controle social”. (Brasil, 2007)

materialidade desses objetos, tanto naturais, quanto elaborados tecnicamente, e ainda, os eventos da vida precisam estar situados no espaço e no tempo. Esses objetos, através de sua história, da forma como são produzidos e se modificam, são considerados um instrumental para a vida, tal como uma cidade, estradas, portos entre outros.

A produção dos objetos se dá através da técnica, outro conceito chave da obra de Santos, abordado por Monken e Barcellos (2005), a vida é realizada pela forma como o indivíduo em sociedade constroem um conjunto de meios instrumentais e sociais e ao mesmo tempo, a criação do espaço. Nessa concepção de espaço, a identificação dos objetos é fundamental, pois é através deles e de seus respectivos usos pela população, sua influência no fluxo das pessoas e de materialidade, é que ocorre o reconhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes, bem como a vulnerabilidade da saúde humana, originados da interação de grupos humanos em determinados espaços geográficos.

Os comportamentos e funções dos grupos humanos são caracterizados como fluxos e constroem com conteúdo significativo da interação entre as pessoas na vida social. O mapeamento destes fluxos e percursos diários é fundamental na identificação dos territórios de vida dos grupos sociais e suas práticas cotidianas, bem como as interações e a malha de redes micro geográficas, mas é nos lugares que ocorre esta interseção entre as atividades de rotina de diferentes pessoas, que as características de espaço constituem um meio para produzir significado na vida social.

Os autores destacam que os objetos (fixos) e as ações (fluxos) no espaço produzem elementos espaciais básicos para a vida cotidiana, e que realizam o diálogo da pessoa com o mundo, estabelecendo com isso uma “conexão materialística” de uma pessoa com a outra.

Monken e Barcellos (2005) destacam a obra de Giddens, ao afirmar que as pessoas movimentam-se em espaços físicos, cujas propriedades interagem com suas capacidades, dadas as restrições apontadas por suas fronteiras físicas, sociais e simbólicas. Esta fonte de cerceamento humano é produzida pela natureza do próprio corpo humano e pelos espaços físicos em que a atividade ocorre, o que possibilita a identificação dos limites para o comportamento das pessoas nos territórios de vida. Sendo assim, a mobilidade ocorre em uma área restrita, na maior parte dos dias. A conduta da vida cotidiana de um indivíduo promove a apreensão sucessiva de características dos territórios (cenários de interação), tais como, outras pessoas, objetos dos territórios do cotidiano e materialidades, como o ar, água e alimentos.

Este reconhecimento do território na escala do cotidiano não exclui a identificação de relações de verticalidade com outros níveis de decisão, que podem

influenciar sobremaneira a vida social local. Os autores afirmam que, freqüentemente, nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado.

O papel do SUS, neste contexto, pelas normas é a organização da atenção que inclua ações e serviços que incidam sobre os “efeitos” dos problemas (doença, incapacidade e morte), bem como, ações e serviços que incidem sobre as “causas” (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais, como destaca em seu trabalho reflexivo TEIXEIRA (2002).

Na abordagem integral da saúde preconizada em MS (2007), parte do pressuposto que as pessoas vivem nos locais onde o modo de vida se concretiza. A construção de uma prática de saúde centrada nos determinantes e condicionantes da saúde deve ser desenvolvida utilizando como base uma análise do território, com ações que promovam ao desenvolvimento de ambientes saudáveis. A saúde ambiental preconizada sendo incorporada às práticas da atenção básica e aos procedimentos de média e alta complexidade.

O planejamento das ações que resultam desta concepção amplia o campo de atuação formal, para os espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (da Estratégia de saúde da família), a áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios). Monken e Barcellos (2005) discutem as ações de saúde centrada na abordagem de Vigilância em saúde e destacam o seu papel organizativo dos processos de trabalho em saúde, mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes ações de intervenção (promoção, prevenção, atenção), fincada em seus três pilares estratégicos: os problemas de saúde, o território e a prática intersetorial.

Essa prática tem a concepção do ambiente como um dos elementos fundamentais no processo de vigilância em saúde³, e a forma operacional no qual ele está incluso no SUS é pela Vigilância em Saúde Ambiental que prioriza os fatores determinantes e condicionantes no meio ambiente, que interferem na saúde humana, tendo por finalidade identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais, relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. (MS, 2007)

³ “A Vigilância em saúde inclui o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a implantação de ações de vigilância nutricional dirigidas a grupos de risco, a vigilância na área de saúde do trabalhador, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais, a vigilância ambiental em áreas específicas de risco epidemiológico, sem perder de vista a necessidade de reorientação das ações de prevenção de riscos e de recuperação da saúde, isto é, a própria assistência médico-ambulatorial, laboratorial e hospitalar.” (Teixeira, 2002)

A estrutura ampliada da Vigilância em Saúde que inclui a vigilância ambiental, não consegue efetivamente, ser traduzida em ações integrais, porque a forma organizacional do SUS fundamenta as práticas de vigilância voltada apenas aos “agravos” identificados, decorrentes da exposição humana aos agentes nocivos no ambiente, o que seria classificado por Barcellos e Quitério 2006 (apud Corvalán et al 1997), como o final do processo, denominado de efeito.

A adoção desse modelo conceitual FMPEEEA (força motriz, pressão, estado, exposição, efeito e ação), nos documentos do setor de saúde, fornece instrumento para uma abordagem ampla das relações integradas entre saúde e ambiente. Mas Augusto (2003) identifica nas práticas de saúde uma subordinação aos indicadores de exposição e efeito de maneira isolada, que segundo a autora constitui um erro freqüente.

As práticas de saúde foram objetos de análise de Fausto (2005), que identificou como um elemento importante, que corrobora para a vigilância direcionada ao efeito, a fragmentação da estrutura operacional do SUS, que dificulta a transmissão de informação transversal e, portanto, interfere na construção de práticas integralizadas e amplas que constam nos documentos das políticas públicas de saúde.

Como exemplo desta dicotomia entre o referencial teórico e a prática do setor, tem a proposta de construção de uma PNSA (Ms, 2007). O papel do SUS é de assumir a responsabilidade de promover a articulação intersetorial e intrasetorial na preservação e reconstrução do espaço socioambiental, o que necessita do conhecimento da vulnerabilidade dos territórios, dos ecossistemas, dos riscos e das cadeias produtivas. Para sintetizar as ações devem proporcionar a integração entre as práticas de saúde ambiental com as ações da atenção básica, além da configuração de níveis secundários de referência.

Este conhecimento está sendo operacionalizado pelo SUS através da Vigilância ambiental em saúde, que tem por objetivo produção de dados que permitam a análise da situação de saúde para proporcionar a tomada de decisões em prol do desenvolvimento de ações integradas. Barcellos e Quitério (2006) refletem sobre a dificuldade de determinar indicadores que traduzam a relação complexa entre a sociedade e o ambiente.

No referencial teórico identificamos a articulação entre o discurso evidenciado no arcabouço legal e normativo, que apresentam uma proposta de integralidade das ações de saúde, mas não efetiva essa proposta em ações e a estrutura operacional do SUS. Fator que corrobora, para uma prática fragmentada, onde as informações não conseguem ter um fluxo transversal, o que condiz com a não efetivação das propostas

inseridas nas políticas públicas de saúde. Os textos teóricos abordados discutem e permitem refletir sobre as proposições para a construção de uma prática mais ampliada, que conjugue o discurso legal e político e a organização e operacionalização do sistema de saúde (SUS), onde a operacionalização das ações deve ser centrada no território.

1.4 – Vigilância em Saúde Ambiental

A estrutura da vigilância em saúde ambiental através do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SinvsA) compreende, prioritariamente, os seguintes programas de vigilância em saúde relacionados: (1) à água para o consumo humano; (2) ao solo; (3) ao ar; (4) aos desastres naturais; (5) aos acidentes tecnológicos; (6) às substâncias químicas; (7) aos ambientes de trabalho; (8) aos fatores físicos; (9) aos fatores biológicos. As informações devem obrigatoriamente desenvolver um fluxo transversal na interface entre as vigilâncias, bem como no SUS como um todo.

As informações devem fundamentar a criação de indicadores, que segundo Corvalán et al. (2000), adicionam valores aos dados, convertendo-os em informações a serem utilizadas diretamente pelos gestores das diferentes áreas. Os indicadores apresentam propriedades que lhe asseguram a confiabilidade na sua utilização, como relevância social, validade, confiabilidade, cobertura, sensibilidade e especificidade. Dentre as diversas formas de classificação existentes, a mais comum é de acordo com a área temática da realidade social a que se refere, ou seja, indicadores de saúde, indicadores educacionais, indicadores demográficos entre outros.

Essas áreas temáticas podem ser agregadas e formar sistemas de informação como os socioeconômicos, os ambientais e de qualidade de vida (Jannuzzi, 2006). Eles caracterizam-se por um conjunto de indicadores referidos a um determinado aspecto da realidade social ou área de intervenção programática.

Os indicadores da Vigilância em Saúde Ambiental são estruturados pelo modelo da *Força Motriz – Pressão – Situação – Efeito – Ação*, desenvolvido por Corvalán et al (1997), com o objetivo de contemplar a inter-relação ambiente e saúde. Alguns indicadores que são comuns aos presentes no SIAB / DATASUS, estão distribuídos nas categorias "Pressão", "Situação" e "Efeito", sendo eles: (MS, 2007)

- Pressão: *Esgotamento Sanitário* (% de domicílios sem serviço de rede coletora de esgotamento sanitário e/ou pluvial, 2006) e *Tratamento de Esgoto* (% de distritos sem tratamento de esgoto sanitário coletado, 2000);
- Situação: *Saneamento Inadequado* (% de domicílios sem condições simultâneas de abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral e lixo coletado diretamente, 2006) e *Coleta de Lixo* (% de domicílios sem serviços de coleta direta ou indireta regular de lixo, inclusive queimado ou enterrado, jogado em terreno baldio ou logradouro, rio, lago ou mar e outros);
- Efeito: *Internações por Doença Diarréica Aguda (DDA) em menores de 05 anos – SUS* (taxa de internação hospitalar por DDA de crianças menores de 5 anos e a população residente de menores de 5 anos, por 1000 crianças, 2006), *Internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos – SUS* (taxa de internações hospitalares por IRA de crianças menores de 5 anos e a população residente de menores de 5 anos, por 1000 crianças, 2006), *Mortalidade proporcional por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos – SUS* (% de óbitos por DDA em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, 2005) e *Mortalidade Proporcional por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos* (% de óbitos por infecção respiratória aguda, em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, 2005)

No que tange a articulação das ações de saúde e ambiente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), emerge como um instrumento da atenção com capacidade de operacionalizar as ações da Política Nacional de Saúde Ambiental, num contexto que amplia a abordagem para além das ações de vigilância ambiental. Numa perspectiva intersetorial, as intervenções das equipes de saúde da família têm potencial para participar das ações de vigilância em Saúde ambiental, como, por exemplo, o vigisolo, vigiar e vigiágua, como parte das ações desenvolvidas pela atenção básica.

CAPÍTULO 2 - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 Atenção em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família.

Em 1993 iniciou a implantação do PSF no Brasil com o propósito de colaborar na organização do SUS, na municipalização e na participação comunitária. O atendimento estava direcionado prioritariamente aos 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), que estariam expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria não tinham acesso permanente ao sistema de saúde.

O Programa criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, a princípio sob a forma de convênio, com o objetivo geral de melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção centrado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde. Esse modelo apresenta conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. (FAUSTO, 2005)

Com a atenção centrada na família, que é entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilita as equipes da ESF uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. Para isto é importante o conhecimento da realidade das famílias pelas quais ele é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. (SANTANA E CARMAGNANI, 2001)

Na prática, as equipes devem estar aptas para identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco ao qual a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados. (BRASIL, 2000-c).

Santana e Carmagnani (2001) destacam em seu trabalho de revisão sobre a ESF, que a implantação e organização atende alguns princípios denominados de específicos como:

- O caráter substitutivo: que é mais amplo do que a não criação de novas estruturas de serviços, que ocorrem somente em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço, mas substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população;
- A Integralidade e hierarquização: ela está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo que sejam asseguradas a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir;
- A Territorialização e cadastramento da clientela: o território de abrangência é definido e a equipe é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas;
- A formação da equipe: que deve ser multiprofissional composta de no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS. Outros profissionais a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família (USF) pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

A ESF foi primeiramente rotulada como programa, recebeu a denominação de estratégia em 1997, com o objetivo de reverter o modelo vigente a partir da atenção básica e de acordo com os princípios do SUS. Na implantação da ESF como Programa teve como enfoque de focar a atenção estatal para o segmento pobre da população e, foi baseada no contexto de restrição dos gastos em saúde, ocorrido durante a crise dos anos 90. A proposta era de fortalecer a atenção básica em saúde, colocando-a como principal nível de atuação do Estado. Por isso as áreas de implantação priorizadas foram baseadas em áreas de risco segundo o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (SISSON, 2007)

Além da modificação na denominação ocorreu uma modificação no seu papel, no qual a saúde da família adquiriu uma centralidade na reorganização da atenção à saúde, consolidando a nova lógica da relação entre as práticas das equipes e os padrões de utilização e procura dos serviços, o que pode contribuir para uma menor procura dos serviços, sem que isto signifique uma diminuição do acesso, que pode estar sendo coberto pela intervenção das equipes, sem que haja necessidade de uma ida a unidade de saúde. (GOLDBAUMA ET AL, 2005).

Teixeira (2002) analisou o deslocamento do processo de prestação de serviços do eixo de assistencial de recuperar a saúde para o eixo de atenção á saúde, no qual se entenda prevenir riscos e agravos, bem como promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais. Com isto, a atenção se organiza para incluir não apenas ações e serviços que incidem sobre os efeitos dos problemas, mas serviços direcionados sobre as causas, ou modo de vida das pessoas e dos grupos sociais.

Com a modificação do objeto de trabalho das equipes, pela ampliação das ações e serviços exige a utilização de saberes e tecnologias adequadas, o que requer uma modificação no processo de trabalho individual dos profissionais de saúde envolvidos, como também uma modificação no perfil do “sujeito coletivo”, que é entendido não apenas como os profissionais da equipe de saúde, mas também a população organizada envolvida no processo de promoção de saúde através de seu respectivo empoderamento. (TEIXEIRA, 2002).

As práticas decorrentes destas modificações do objeto de trabalho extrapolam os muros das unidades de saúde, apesar de na sua concepção a ESF tenham o caráter focal, dirigido os grupos de maior dificuldade no acesso ao sistema de saúde, ela vem se configurando uma estratégia de reorganização da atenção primária da saúde e conseqüentemente, um instrumento que influi na reestruturação do modelo de atenção á saúde. Teixeira (2002) ressalta que apesar da proposta e de seu potencial, parece que a ESF não tem tido o poder de produzir estas mudanças na organização da rede, de assegurar a integralidade das ações e a universalidade do acesso, mesmo quando consideramos somente as ações básicas.

Araújo e Rocha (2002) discorrem sobre o potencial da ESF em modificar o modelo assistencial e afirmam que a implantação da estratégia como entidade não garante esta modificação, mas existe uma relação na forma de conduzir o cuidado que é construído a partir da inter-relação entre os profissionais, entre a equipe e os usuários para uma produção conjunta. Portanto, a produção do cuidado depende de um processo

continuo de formação e capacitação dos atores envolvidos, para a produção de uma nova lógica de agir na perspectiva do trabalho em equipe.

A especificidade de formação dos profissionais de saúde, que ainda hoje está pautado no modelo biomédico, dificulta a superação das relações hierárquicas para a construção de uma abordagem dialógica de interação, sendo identificado por Araújo e Rocha (2002), como obstáculo para a construção do cuidado na ESF, na perspectiva construtivista, na qual a comunidade participa ativamente. Este cuidado necessita de que o trabalho em equipe seja viabilizado, e para isto há necessidade de uma relação interativa entre os trabalhadores, que é mediada pela troca de conhecimentos e articulação de um “campo de produção do cuidado” comum a todos.

Aproximando deste contexto, Camargo-Borges & Japu (2005), enfatizam a importância da aproximação entre os atores sociais através da construção de redes de relação, que criam um espaço de conversação e consenso e, a partir daí a prática em equipe pode ser desenvolvida na ESF, mas é fundamental que este trabalho tenha significado para as famílias cadastradas.

Senna e Cohen (2002), afirmam que a mudança do modelo de atenção é realizada através de uma mudança no processo de trabalho em saúde, portanto é o impacto ou influência das práticas das equipes o que vai determinar a capacidade de instituir uma relação com a rede de serviços existente, o estímulo à participação efetiva do controle social, mas existe a dependência da adoção de modelos de gestão de recursos humanos condizentes com a nova abordagem.

Os obstáculos são descritos por Senna e Cohen (2002), como as relações de trabalho produzidas pela especificidade dos diferentes vínculos criados em decorrência de diferentes formas de contratação, além da carência da isonomia salarial. Estes fatores descritos influenciam a integralidade da atenção, dificultando o processo de construção de redes, além de influenciar na focalização e fragmentação das práticas da ESF.

Os autores Pedrosa e Teles (2001), corroboram com as autoras e descrevem os seguintes fatores encontrados ao analisaram o processo de trabalho da ESF em alguns municípios do Piauí: o protocolo de contratação e treinamento; a prática de acolhimento centrada no positivismo e o processo de formação do profissional de saúde, que constitui um dos elementos centrais na percepção frente aos objetivos e princípios do programa. Eles afirmam, portanto, que a cultura organizacional ainda vigente, contribui na forma de atuação dos profissionais, calcada em práticas anteriores que implica numa ineficiência de assimilação da mudança do modelo assistencial.

Com relação à organização da ESF, Vanderlei e Almeida (2007), abordaram que ela utiliza a lógica tradicional, caracterizada pela burocracia e o poder. É contrário a efetividade da ESF em relação à integralidade e o modelo de atenção à saúde, onde a falta de autonomia, com a utilização do modelo Taylorista pelos gestores é um elemento importante nas práticas das equipes, gerando um conflito entre os objetivos propostos e as práticas hegemônicas dos atores envolvidos.

Os estudos apresentados têm como ponto comum às dificuldades organizacionais e de formação no cumprimento dos objetivos ideológicos e contidos nas diretrizes da ESF, com isto o papel da Saúde da Família como reorganizador do modelo assistencial fica comprometido na sua efetividade. No pacto pela saúde (2006), esta questão foi abordada, na área da gestão, por uma operacionalização de um processo de trabalho transversal, articulado que permita a integralidade da atenção à saúde por ações locais, aumentando a resolutividade e a qualidade das ações e serviços com o objetivo de promover a equidade reduzindo as desigualdades sociais e territoriais.

Este documento também enfatizou uma organização das ações e serviços em uma escala regional, visando a racionalizar gastos e recursos e tem como embasamento teórico o que Freitas et al (2008), destacou que o processo saúde-doença não respeita os limites físicos que delimitam um município, além da dinâmica populacional que também desconhece estes limites, mas é influenciada pelo contexto sócio-econômico e cultural no qual esta inserida. Ao se pensar em efeitos sobre a saúde humana as fontes geradoras de danos à saúde de uma população podem não estar presentes em seu território, e serem pertencentes a uma escala mais ampla, quer seja regional ou até mundial.

Baseados no referencial teórico apresentado acreditamos que para ser efetiva no seu objetivo de modificar o modelo de assistencial, a ESF deve trabalhar com uma abordagem centrada no meio onde as pessoas vivem trabalham e se relacionam na perspectiva de saúde como um direito, sendo fundamental a incorporação por parte das equipes às ações preconizadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, onde a questão ambiental emerge.

2.2. Estratégia de Saúde da Família e a Intersetorialidade

A promoção de saúde através de seu marco histórico a Carta de Ottawa (OPAS, 1986), enumera pré requisitos para o alcance da qualidade de vida da população assistida. São eles: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Esses requisitos demandam de ações coordenadas por diversas áreas e setores, sistemas sociais, culturais e econômicos, de abrangência local ou regional. Estas ações precisam contar com a participação social na gestão das Políticas públicas, fator que promove um canal aberto de comunicação e de decisões entre a população e o poder público. (COMERLATTO ET AL, 2007)

Essa política pública tem no processo de descentralização um instrumento facilitador para a sua efetivação. Esse processo transfere o poder dos níveis centrais para os periféricos, sendo considerada uma estratégia de reestruturação do aparelho estatal, com o comprometimento de torná-lo mais ágil e eficaz, para compor estratégias, ações e as relações entre as diferentes áreas das políticas públicas, como as relações entre as esferas organizacionais e os sujeitos sociais. Este processo é fundamentado pela democracia, autonomia e participação (JUNQUEIRA, 1999).

Com o aumento da autonomia local, cresce a importância da articulação com os outros setores, no sentido de se conversar sobre os problemas que são observados na saúde, mas que nem sempre decorrem da falta de assistência desta área e sim por falta de resolutividade de outras áreas. O autor cita o exemplo da relação entre a falta de saneamento básico e as doenças parasitárias. Ressalta que o fato de se tratar a patologia não vai resolver o agravo. Existe a necessidade de se intervir na fonte do problema, neste caso, a articulação intersetorial permite uma solução rápida e ágil, através de uma intervenção na área de saneamento básico (JUNQUEIRA, 2000).

A intersetorialidade representa uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir o acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. Ela também associa a idéia de integração, de território, de equidade e de direitos sociais. Referindo-se a uma população e aos seus respectivos problemas, circunscritos em um território ou região. Dessa maneira, instaura-se um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que passa a

articular saberes e experiências no âmbito do planejamento, da execução e avaliação das ações. (WESTPHAL, 2000).

A intersetorialidade incorre, portanto, em mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de saúde, como em todos os outros setores da sociedade, além da necessidade de revisão do processo de formação dos profissionais que atuam nessas áreas. Dessa forma, a equipe não deve ser mais entendida apenas como um conjunto de saberes que operam compartimentalizados, mas sim a partir de inter-relações que atuam em processos de trabalhos articulados entre si, passando-se a compreender que as inter-relações adquirem um caráter mais amplo, pois extrapolam o setor saúde e buscam novas parcerias com outras instituições em redes de atenção que auxiliem e garantam a eficácia na atenção à saúde dos usuários (JUNQUEIRA, 2000).

Nesse contexto da saúde a articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promover a saúde. A atuação intersetorial é prevista na ESF e reafirmada pela PNAB (2006), que dispõe sobre o desenvolvimento das ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para promoção da saúde.

A intersetorialidade é reconhecida como um processo dinâmico e complexo, que esbarra na tradição setorial, competitiva e hierarquicamente verticalizada que marca as organizações e serviços públicos no país. Portanto, ainda que se reconheça que os esforços das práticas intersetoriais da ESF sofrem limitações devido a sua posição hierarquicamente inferior, atuando em no nível local, estando na dependência da condução dos problemas por níveis superiores e, portanto, condicionando a ação articuladora do governo municipal. (GIOVANELLA ET AL, 2009)

As autoras destacam que os resultados de seu trabalho apresentam coerência com outros estudos que tiveram como objeto a intersetorialidade na ESF. Elas indicam que esta não é uma prática disseminada entre os profissionais que desenvolvem ações voltadas para solução de problemas da comunidade. Todavia, os estudos realizados indicam as potencialidades de a ESF ser implementada em uma perspectiva de APS abrangente, condicionada por adaptações locais do modelo com ampliação dos recursos assistenciais e profissionais na UBS. Por sua vez, a atuação intersetorial para se efetivar incorre em iniciativas mais gerais do executivo municipal que respaldem as ações locais das ESF. (GIOVANELLA ET AL, 2009).

Alguns gestores apontam a necessidade de reconhecer os limites de atuação das ESF, uma vez que a articulação intersetorial deve ser uma estratégia estruturante da ação do executivo municipal. Todavia, este não deveria ser impeditivo ao

empreendimento de ações comunitárias pelas ESF, além da insuficiência de formação adequada dos profissionais, a constatação de descompasso entre os avanços da integração e a incipiência da ação intersetorial, em parte dos casos estudados impõem perguntar sobre um possível antagonismo. (GIOVANELLA ET AL, 2009)

Junqueira (1997) destaca a ocorrência de resistências de grupos de interesses contrariados pelas mudanças nas práticas e na cultura organizacional, decorrente de uma forma de atuar intersetorial. Porém, as alianças são fundamentais para promover a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração municipal. Com isso, a abordagem dos cidadãos, situados num mesmo território, e seus problemas de maneira integrada, exige um planejamento articulado das ações e serviços.

Mas isso só não basta. É necessário um novo saber e um novo fazer, que envolva mudanças de valores, de cultura como um "fenômeno ativo, vivo, através do qual as pessoas criam e recriam os mundos dentro dos quais vivem" (MORGAN, 1996). Essa nova realidade deve ser criada no interior das organizações gestoras das políticas da cidade na sua totalidade, isso exige que os diversos atores, parte dessa rede, se interpenetrem formando um novo tecido.

2.3. Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Ambiental

O Programa criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, a princípio sob a forma de convênio, e a partir de 1998 se consolidou como uma estratégia estruturante do modelo de atenção à saúde, sendo reconhecido como a Estratégia de Saúde da Família, o eixo central do fortalecimento da Atenção Básica e um dos pilares do SUS. (FAUSTO, 2005)

Na ESF, a atenção é focalizada na família e na comunidade, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de formação multidisciplinar, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções, que vão além de práticas curativas. As equipes inseridas na própria comunidade promovem, dentro da especificidade de cada realidade, seus valores e crenças, ações orientadas pela PNPS. (MS, 2004)

A ESF tem o potencial e o objetivo de operacionalizar a Política Nacional de Promoção de Saúde (2006), que apresenta uma interface conceitual com os indicadores relacionados à Política Nacional de Saúde Ambiental em construção que fundamenta a

possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; potencializando a forma mais ampla de intervir sobre a saúde.

Assim sendo, à interface saúde-ambiente na ESF é trabalhada com indicadores de saneamento e de saúde. Contudo, nem todos os indicadores de saúde do SIAB/DATASUS, trabalhados pela estratégia estão inseridos na perspectiva da abordagem da saúde ambiental:

- Indicadores de Saneamento: *Número de Domicílios com Abastecimento de Água, Tratamento da Água* (número de domicílios com tratamento da água feito continuamente no domicílio), *Destino do Lixo* (número de domicílios de acordo com o destino dado ao lixo do domicílio), *Destino de Fezes e Urina* (número de domicílios de acordo com o destino dado às fezes e urina do domicílio) e *Tipo de Casa* (número de domicílios de acordo com o tipo de parede da casa).
- Indicadores de Situação de Saúde: *Óbitos de menores de 28 dias por Diarréia* (número de crianças com idade até 27 dias que foram a óbito por diarréia), *Óbitos de menores de 28 dias por IRA* (número de crianças com idade até 27 dias que foram a óbito por infecção respiratória aguda), *Óbitos de crianças entre 28 dias e 11 meses por Diarréia* (número de crianças com idade de 28 dias a 11 meses e 29 dias que foram a óbito por diarréia), *Óbitos de crianças entre 28 dias e 11 meses por IRA* (número de crianças com idade de 28 dias a 11 meses e 29 dias que foram a óbito por infecção respiratória aguda), *Óbitos de menores de 1 ano por Diarréia* (total de crianças com idade até 11 meses e 29 dias que foram a óbito por diarréia), *Óbitos de menores de 1 ano por IRA* (total de crianças com idade até 11 meses e 29 dias que foram a óbito por infecção respiratória aguda), *Hospitalizações de menores de 5 anos por Pneumonia* (número de crianças hospitalizadas por pneumonia com idade até 4 anos, 11 meses e 29 dias) e *Hospitalizações de menores de 5 anos por Desidratação* (número de crianças hospitalizadas por desidratação com idade até 4 anos, 11 meses e 29 dias).

De certo que, a dificuldade de implantar ações integrais, intersetoriais, não advém somente da construção e da utilização destes indicadores, apesar de configurarem um elemento que limita as práticas na interface saúde-ambiente. Podemos discutir algumas construções e suas respectivas limitações em relação à tomada de decisão e análise da situação de saúde para uma prática integral, como o indicador de tratamento de água, que aborda o número de domicílios com tratamento da água feito continuamente no domicílio, ou seja, água filtrada, fervida, clorada ou sem tratamento, não considerando o tratamento da água realizado pela empresa fornecedora, essa abordagem reforça a perspectiva da Política Nacional de Promoção da Saúde (MS, 2006), a qual privilegia estratégias que promovam mudanças no “estilo de vida”.

A água também apresenta outra vertente que é do seu abastecimento, tem a limitação de referir-se somente à disponibilidade de rede geral de abastecimento, não considerando o uso efetivo pela população, não permite, neste contexto, avaliar a quantidade per capita, a qualidade da água de abastecimento e a intermitência de fluxo. Além disso, a fonte usualmente utilizada para construir esse indicador, a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad), não cobre a zona rural da região Norte, exceto Tocantins, e não permite desagregações dos dados por município. (RIPSA, 2002).

No esgotamento a mesma limitação é encontrada já que ela se refere somente à disponibilidade de rede coletora ou de fossa séptica, não incluindo as condições de funcionamento e conservação dos serviços e instalações, nem o destino final dos dejetos, além da questão relacionada à fonte usualmente utilizada para construir esse indicador ser a mesma da anterior a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD).

Com relação ao lixo os indicadores expressam valores que se referem apenas ao lixo coletado por empresas, público ou privadas, de coleta de lixo, não contabilizando o lixo doméstico disposto de forma inadequada e o lixo produzido pelas diversas atividades econômicas, como a indústria, a construção civil e a agropecuária.

O tipo de casa é um indicador utilizado pela ESF e não apresenta correspondente nos indicadores da Vigilância em Saúde Ambiental (MS, 2007), nem na Política Nacional de Promoção de Saúde, tal questão é avaliada apenas pela Estratégia Saúde da Família embora seja constituinte fundamental da interface saúde-ambiente. Este dado é contemplado em análises sobre o desenvolvimento de certos agravos relacionados à propagação de vetores, corroborando com a interface saúde-ambiente.

A dicotomia entre o referencial teórico e a atividade prática é identificada ao analisar os Indicadores de Saúde obtidos no site do SIAB / DATASUS (2009), relacionados aos da Vigilância em Saúde Ambiental, observa-se que, embora o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), 2006, afirmem que a qualidade do ar dentro e fora do domicílio seja uma das maiores causas ambientais de problemas respiratórios infecciosos, tal questão não é avaliada nessas fontes de informação, o que traduz uma prática da vigilância centrada nos agravos e não nos fatores coletivos de risco, como preconiza em seu trabalho BARCELLOS E QUITÉRIO (2006).

Freitas (2005) estudou a vigilância da água para consumo humano e também relatou o modelo de vigilância centrado mais no monitoramento dos agentes (vigilância do perigo), do que a incorporação dos condicionantes e determinantes dos problemas de saúde associados à degradação socioambiental, como gesta nas políticas da área. O autor concluiu que um dos fatores que determinam esta prática está relacionado a uma racionalização do Estado no contexto do constrangimento fiscal inserido em conflitos políticos econômicos.

No cenário atual das políticas públicas de saúde a informação constitui um pilar que fundamenta as estratégias a serem utilizadas e, conseqüentemente, tem o seu referencial teórico metodológico gestado nessas Políticas. As políticas públicas expressam a necessidade de ações transversais para o enfrentamento dos desafios atuais da saúde, porém nem sempre o referencial teórico e objetivos utilizados na sua construção são contemplados nas informações (indicadores), que organizam as respectivas estratégias.

Como relacionado ao Meio ambiente na PNPS, que é abordado com o enfoque da promoção do desenvolvimento sustentável, mas sem uma interface que contemple as ações específicas, ou seja, apresenta uma abordagem conceitual geral, sem indicadores que possam nortear ações, conforme gesta no texto, toda a construção é centrada na mudança do estilo de vida, ou seja, um enfoque individual, que contrapõe a amplitude do processo saúde-doença na atualidade.

Essa fragmentação também foi abordada por Freitas (2005), ao concluir em seu trabalho sobre a vigilância da qualidade da água para consumo humano, que não é por acaso que este modelo de vigilância encontra-se centrado mais no monitoramento dos agentes (vigilância do perigo), do que a incorporação dos condicionantes e determinantes dos problemas de saúde associados à degradação socioambiental, como gesta nas políticas da área. Existe uma racionalização das ações do Estado no contexto do constrangimento fiscal inserida em conflitos políticos econômicos.

CAPÍTULO 3 - TERRITÓRIO

3.1 Território na saúde e na saúde ambiental

O lugar⁴ foi objeto de estudo de Milton Santos (2002) que o apresenta como um espaço onde se identifica a influência do contexto histórico, cultural, tecnológico e social. Neste cenário, temos a convivência tensa entre o global e o individual que, auxiliam na formação dos sistemas sociais, com isto as práticas que resultam deste processo se desenvolvem no espaço entre o global e o individual.

Os elementos formadores do espaço são: o Homem, as empresas, as instituições, o meio ambiente construído. Existe uma inter-relação entre eles, na perspectiva individual (local) como também na coletiva (sistema mundial), com isso, o lugar apresenta uma dimensão global e ao mesmo tempo, especificações que o tornam único. O autor enfatiza que quanto maior a globalidade maior será a sua individualidade.

As atividades de rotina das diferentes pessoas são desenvolvidas nos lugares e constroem um conteúdo significativo da vida social. É uma rede de interação humana em um território, que o autor denominou de fluxo. Estes fluxos ao se institucionalizarem ditam regras, comportamentos e funções.

O mapeamento destes fluxos e dos objetos (fixos) é o ponto de partida para a identificação das necessidades e problemas de saúde de uma população, pois permitem a construção do diálogo da pessoa com o mundo e de uma pessoa para com a outra, elementos básicos para a vida cotidiana, com isto permite a identificação dos territórios de vida dos grupos sociais e suas práticas cotidianas, que é realizada pela identificação das experiências social passadas e atuais, que ocorrem tanto na dimensão individual como coletiva. Este processo permite a corporificação das formas sociais, espaciais e de paisagem. (SANTOS, 2002)

É na concepção de território como um processo social em constante reconstrução e envolve atores sociais, onde os múltiplos fatores que influenciam no processo saúde-doença estão presentes, principalmente os sociais, os culturais e os

⁴ Ferreira (2000) cita a definição de Oakes (1997) como a mais completa “um espaço criativo, embora ambivalente, cavado em algum local! entre a opressão da nova ordem e o aprisionamento da tradição”.

econômicos. Rigotto e Augusto (2009) destacam que as políticas e práticas de saúde, no qual esta inserida a saúde ambiental, trabalha com esta concepção. O território é denominado de sistema local ou de distrito sanitário.

Segundo Monken e Barcellos (2005), a concepção de território deve fundamentar a identificação de problemas de saúde a partir da compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes. Como ponto de partida desse processo tem a territorialização do sistema de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município, segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Esta abordagem implica em um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários, para a articulação entre os diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, e a análise do território.

Barcellos e Quitério (2006) incorporam à questão ambiental a análise da relação entre o processo saúde-doença e o território. Eles enfatizam que o processo de produção de doenças é determinado e condicionado por diversos fatores ambientais, culturais e sociais, que atuam no espaço e no tempo, sobre as condições de risco e populações sob risco. Os problemas ambientais podem ter sua fonte geradora na escala global, nacional, regional ou local (maioria) respectivamente, independente da escala da geração é no local que eles se materializam como elementos que impactam a saúde e na qualidade de vida da população.

A relação entre a saúde e o ambiente mediada pelo lugar é fortalecida pelo conceito de Atenção Primária Ambiental⁵, que traz na sua conceituação a idéia de estratégia de ação ambiental preventiva e participativa a ser desempenhada no nível local, com direitos e responsabilidades delimitados em prol do objetivo de proteger e melhorar a saúde da população e do ambiente, criando um ambiente saudável. (OPAS, 1999)

O setor de saúde, através do SUS, precisa da construção de um modelo de atenção à saúde que contemple a heterogeneidade das condições de vida dos diversos grupos sociais, bem como a diversidade das situações existentes nas respectivas regiões, estados e municípios brasileiros. Essa perspectiva permite uma abordagem do processo

⁵ “A atenção primária ambiental é uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo em que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde.” (Opas, 1999)

saúde-doença no qual interagem os fatores ambientais, como geradores de alterações nas condições de vida e na qualidade de vida da população. (TEIXEIRA, 2002)

Nesse cenário o conceito de lugar e, conseqüentemente, a sua centralidade nas ações de saúde, fundamentou a diretriz descentralizadora da organização do SUS, onde ocorreu a transferência de responsabilidades da gestão e da execução das políticas de saúde para o nível municipal (Teixeira, 2002). Senna e Cohen (2002) acrescentam que esta autonomia adquirida possibilitou o surgimento de experiências inovadoras caracterizadas pela participação social.

Minayo (2001) estudou como esta autonomia, provocada pelo processo de descentralização influenciou o fortalecimento das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, no qual esta inserida o processo de construção de um modelo de atenção à saúde, que é centrado nas ações de promoção de saúde e de melhoria das condições de vida no local.

Barcellos e Quitério (2006) chamam a atenção para o elo existente entre o processo de produção de doenças, determinado e condicionado por fatores ambientais, culturais e sociais e, a organização espacial que a sociedade adquire historicamente. Os resultados deste processo apontam para uma lógica que contempla tanto a produção quanto a reprodução das doenças na sociedade que ultrapassa o limite do local.

Portanto, a estratégia para o enfrentamento deste processo de produção das doenças destacada por Teixeira (2002) é a regionalização, pois ela tem por objetivo ampliar as responsabilidades dos gestores municipais, para a produção de serviços, com o objetivo de alcançar a integralidade, a equidade e a justiça social de uma região. Este processo requer uma integração e articulação entre os municípios e seus respectivos gestores para além do contexto assistencial previsto na NOAS/SUS/2001⁶.

A articulação entre os municípios de uma determinada região é fundamentada pela concepção de que a qualidade de vida de uma pessoa não depende somente da qualidade da gestão ambiental e de saúde do local onde vive, mas sim, de uma multiplicidade de gestões ambientais e de saúde e de modelos de desenvolvimento circunscrito na realidade social. Portanto, o processo de regionalização, deve contemplar as ações articuladas entre diversos setores, como também, uma articulação

⁶ A NOAS é o instrumento normatizador, que detalha e fundamenta a articulação entre os municípios para o aprofundamento da interdependência municipal, por meio de desenvolvimento de redes regionais de sistemas de saúde. (Port. MS\GM n.º. 095 de 26-01-2001). Aperfeiçoada e publicada novamente, ela amplia as responsabilidades dos municípios, define a regionalização como promotora da equidade, determina a criação de mecanismos para o aumento da capacidade de gestão do SUS e também a atualização dos critérios de habilitação (Port. MS\GM n.º. 373\02).

das ações desenvolvidas pelos programas do setor saúde em prol do bem-estar da população em uma região. (FREITAS, 2008)

Em consequência temos a ampliação da delimitação da área de abrangência da proposta dos Municípios saudáveis, como destacam Barcellos e Quitério (2006). Este projeto de desenvolvimento social tem a saúde e suas múltiplas determinações como centro de atenções é também considerado um movimento de luta pelo desenvolvimento Sustentável ⁷.

O desenvolvimento sustentável é descrito por Rigotto e Augusto (2009), como o instrumento que visa à conciliação dos conflitos entre as forças produtivas e as forças sociais, que regulamentam o uso do território e a forma de produção tem uma especificidade em cada local. Os problemas que resultam desta relação entre as respectivas forças não podem ser abordados somente por medidas isoladas, por isso a ampliação da proposta de municípios saudáveis. ⁸

Portanto, o território na interface entre a saúde e o ambiente é abordado pelo SUS através da estruturação da vigilância em saúde ambiental, que se apóia no reconhecimento da relação entre os riscos e seus efeitos adversos sobre a saúde. O espaço onde esta relação se materializa é denominado de ambiente geral, sendo constituída do espaço de moradia, circulação e consumo de uma população ou grupo social e, pode conseqüentemente, ultrapassar a delimitação geopolítica dos municípios. Sendo mais bem representada por territórios de saúde. (BARCELLOS E QUITÉRIO,2006).

3.2 Território na Estratégia de Saúde da Família.

O território é abordado com uma variável importante na organização do sistema e nas práticas das equipes, principalmente da saúde da família que teve seus pressupostos na declaração de Alma-ata (Opas, 1978), quando ao definir o termo

⁷ É um processo de mudança, no qual exista a garantia de atendimento das necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras atenderem também as suas. Portanto, a exploração dos recursos, a orientação dos investimentos, o desenvolvimento tecnológico e as mudanças institucionais devem apresentar consonância com as necessidades atuais e futuras. (Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, 1991)

⁸ Cidades Saudáveis é o nome que se dá a um projeto de desenvolvimento social, que tem a saúde e suas múltiplas determinações como centro de atenções. É também um movimento de luta por um estilo de desenvolvimento sustentável, *que satisfaça as necessidades das gerações atuais sem comprometer a capacidade das futuras de satisfazer suas próprias necessidades* (Opas, 1999).

“cuidados primários em saúde” , concebeu o lugar como o elemento central no enfrentamento das questões de saúde, ou seja, onde as pessoas vivem e trabalham⁹.

Essa ampliação foi conseqüência de uma intensa discussão internacional sobre as desigualdades sociais verificadas entre países ricos e pobres, o imenso abismo social verificado entre as nações e, internamente, entre as classes sociais e a relação entre essas desigualdades e as condições de vida, saúde e as oportunidades. Em decorrência dessa discussão surgiu, como aborda Fausto (2005), a proposta de Atenção Primária em Saúde¹⁰, como estratégia de reorientação dos sistemas de saúde, fundamentada pelo pressuposto do desenvolvimento de ações focalizadas, subordinadas a uma política geral de universalização.

Apesar da Declaração de Alma-ata, que formalizou um novo paradigma na saúde ser cronologicamente anterior a Carta de Otawa, que é o marco conceitual do termo “promoção de saúde”, o conceito de promoção de saúde influenciou na construção do conceito de cuidados primários em saúde ou atenção primária em saúde, isto ocorreu em decorrência de ser a promoção de saúde um conceito tradicional, definido por Leavell & Clark, na década de 40 , como nível primário de atenção na medicina preventiva, como mostra o estudo de (HEIDMANN ET AL,2006).

Ainda segundo Heidmann et al (2006), este conceito sofreu modificações durante o período anterior a sua definição em Otawa, onde identificamos influencias do o Informe Lalond de 1974, que trabalhou o conceito de campo da saúde decompondo-o em: biologia humana, ambiente, o estilo de vida e, a organização dos serviços de saúde e de outras conferências que foram realizadas durante o período entre a Declaração de Alma-ata e a Carta de Otawa, como a conferência *Beyond Health Care*, realizada na cidade de Toronto em 1984, que divulga as bases do movimento das cidades saudáveis, e identifica como o fator motivador da realização da 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Otawa, resultando na Carta de Otawa, a qual se constituiu como referência para o desenvolvimento de idéias de promoção à saúde no mundo.

⁹ Esta declaração concebe o lugar inserido na perspectiva da medicina preventiva, que segundo Arouca (1975), no seu período de desenvolvimento, dentro da História Natural das Doenças, assume duas dimensões de causalidade, na qual a epidemiológica se estabelece enquanto determinação do aparecimento das doenças e, o critério fisiopatológico como outra dimensão, enquanto evolução das mesmas. Esta multicausalidade caminha para a construção de modelos causais ou modelos ecológicos que trabalham na determinação das infinitas relações entre as possíveis variáveis, dos agentes, hóspedes e ambientes.

¹⁰ Quanto a terminologia, a Atenção Primária em Saúde é também denominado de *primary health care*, traduzido para a língua portuguesa, cuidados primários em saúde (CPS), ou atenção básica em saúde (ABS).

Portanto, o enfoque dos cuidados primários à saúde foi peça fundamental na construção do termo promoção de saúde pela Carta de Otawa (1986), que a definiu como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, identificando aspirações, satisfazendo as necessidades e modificando favoravelmente o meio ambiente.

Na promoção de saúde, o meio ambiente é um pré-requisito imprescindível, que deve ser abordado por um acompanhamento sistemático dos impactos na saúde causados pelas mudanças ambientais e também pela necessidade de proteção e conservação, tanto do ambiente como dos recursos naturais, consubstanciando, uma abordagem socioecológica da saúde, (OPAS, 1986).

No Brasil, a promoção de saúde é estruturada por uma Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS, 2006), concebida como uma estratégia de articulação transversal, cujos princípios são promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade através de ações que favoreçam a preservação do meio ambiente, a participação e co-responsabilidade social, os quais apresentam confluência com as diretrizes da atenção básica. O principal instrumento do SUS para operacionalizar a PNPS é a Estratégia de Saúde da Família.

É fundamental nessa abordagem operacional conceber o lugar na saúde, como Pereira e Barcellos (2006) destacam, através das divisões territoriais utilizadas no SUS, que pressupõem o território como uma instância de poder. Assim as divisões em município, distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. Esse poder é instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço.

A Estratégia de Saúde da Família utiliza uma forma organizacional de base territorial, que Mendes (1993) afirma ser presente e corrobora com a distribuição dos serviços de saúde, na lógica de delimitação de área de abrangência, coerentes com o nível de complexidade das ações de atenção, onde a delimitação do território serve como instrumento para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sejam sobre os problemas e sobre as condições de vida das populações.

Essa organização dos serviços delimita uma base territorial formada por áreas de atuação dos agentes de saúde, equipes de saúde da família e Centros Municipais de Saúde. Monken e Barcellos (2005) destacam que, no território é que ocorre a interação entre a população e os serviços no nível local, portanto, ele apresenta uma extensão

geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, histórico, ambiental, político, social e cultural, que determina a característica de permanente construção do território.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o instrumento preferencial para a organização da atenção básica¹¹ e contribui para o debate sobre o conceito de território e sua respectiva utilização.

O planejamento das políticas públicas de saúde e a implantação de programas de saúde, que possuem uma hierarquização desde o nível federal ao municipal têm permitido a elaboração de projetos que promovam o desenvolvimento local através de uma territorialidade das ações. Na ESF, a territorialização apresenta sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação e dos serviços; reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais como centros de referência.

O entendimento do território é diferente nas instancias do SUS, ou seja, nos âmbitos federal, estadual e municipal, como também dentro da própria equipe da Saúde da Família, que utiliza na implantação e na avaliação do programa a delimitação de áreas e micro áreas de atuação. A base na delimitação destas áreas é quantitativa, baseada na quantidade da população, sem considerar a dinâmica social e política, inerente aos territórios. (PEREIRA E BARCELLOS, 2006)

Pedrosa e Teles (2001) estudaram o território da ESF e destacam que o local delimitado pela saúde da família é uma configuração territorial com determinados atributos que influenciam no processo saúde-doença da população, como também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada, no entanto, os autores destacam que nas entrevistas com as equipes da saúde da família, a comunidade é percebida como um aglomerado “amorfo, indistinguível, desorganizado”.

Na pratica da ESF, Pereira e Barcellos (2006) destacam a presença de três tipos de território: o de escuta (na fase de coleta de informações); o administrativo (quando

¹¹ Segundo o MS (2003) “A Atenção Básica caracteriza-se por um 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 forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”.

são definidas articulações com outros territórios para garantir o acesso a equipamentos e instituições que permitem uma disponibilidade de recursos mais complexos ou complementares); e o de realizações (quando é materializada a prestação de serviços no espaço vivido).

Outro ponto destacado por Quitério e Ianni (2003) é a necessidade da Saúde da Família de atuar sobre o *ambiente* onde as pessoas vivem, ao menos potencialmente, captar e manter atualizados dados demográficos, epidemiológicos, e de condições de vida, inclusive ambientais, nesse caso, seria necessária a agregação de outras fontes de informação, que ajudam a complementar o diagnóstico da área e não só advindas do Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB), porque não são atributos das famílias como, por exemplo, as variáveis ambientais.

Um dos problemas apresentado por Pereira e Barcellos (2006) é a fragilidade do ponto de vista territorial da abordagem da ESF, que é centrada na relação entre a população e a área e, portanto, com a mudança de moradores interfere no acompanhamento da população pelo sistema de informação.

CAPÍTULO 4 – DELIMITAÇÃO DO ESTUDO E METODOLOGIA

4.1 - Método

A opção de estudar este tema no qual abrange elementos como a saúde ambiental, atenção básica e o processo de regionalização, pressupõe a incorporação de uma contextualização ampla e complexa, no qual existe um espaço de intercessão entre os fatores de cunho legal, educacional, organizacional, político, social e ético, relacionados a uma abordagem prática da relação entre o sistema de saúde e o usuário. Portanto, o desafio posto é como articular o cuidado no recorte do objeto, para que não seja extremamente complexo que não possa se abordado metodologicamente ou então reduzido a uma artificialidade que pode determinar uma simplificação da abordagem e influenciar coleta e nas análises dos dados.

Buscamos abordagens metodológicas que poderiam ser adequadas a nossa inquietação de entender sobre o processo de implantação de uma política de saúde ambiental dentro de uma política de saúde já existente, que vivencia atualmente um processo de estruturação de uma forma organizacional. A atual política de saúde privilegia a organização dos serviços de forma regional, no qual ainda existe o esforço para a modificação do modelo de atenção a saúde, através do aumento de cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

Para tal, utilizamos como pilar na nossa busca e inquietação o que Deslandes et al, (1994) descreveu “*O endeusamento das técnicas produz ou um formalismo árido, ou respostas estereotipadas. Seu desprezo, ao contrário, leva ao empirismo sempre ilusório em suas conclusões, ou a especulações abstratas e estéreis*”.

Considerando que as Políticas são normas que expressam o pensamento social e, conseqüentemente, são construções que advém de diversas influências da sociedade e que vai através de seu texto traduzir este mesmo pensamento social, com seus respectivos conflitos e relação de poder. A organização do setor público de saúde é resultado do contexto cultural, histórico, social e político e, conseqüentemente, a busca pelo entendimento de como políticas públicas é transformada em ações práticas, nas quais o usuário se torna o elo final é fundamental. Este processo, que traduz um pensamento social dentro de um contexto específico resulta na forma de organização do

sistema de saúde, que reflete a legislação existente e a forma organizacional contida na sua estrutura normativa, que por sua vez influenciam os instrumentos utilizados e na abordagem prática da saúde. Este cenário também apresenta reflexos na produção científica sobre as práticas da saúde.

Esse estudo é exploratório e descritivo, em decorrência de existirem poucos estudos sobre o tema, a aproximação do tema foi orientada por uma abordagem qualitativa, influenciada metodologicamente pela Pesquisa Estratégica em Saúde, baseada nas teorias sociais que segundo Minayo (2008), configura a modalidade mais adequada para o conhecimento e a avaliação de problemas e políticas do setor saúde, o qual se insere os elementos centrais desta abordagem. A autora destaca nesta concepção o questionamento do papel do Estado, a participação popular voltada para a promoção de saúde, o reconhecimento de modalidades alternativas de tratamento de agravos e o aparecimento de novas formas institucionalizadas na saúde pública, combinando associações voluntárias, atenção primária, autocuidado, participação comunitária e educação em saúde vinculada à pesquisa-ação.

Um dos métodos qualitativos coerente com os pressupostos apresentados e que embasou a constituição dos instrumentos de coleta de dados, bem como, a tabulação é análise destes é o Discurso do Sujeito Coletivo de Lefrève (2005). Este método concebe que as pessoas e as coletividades têm idéias, opiniões, e crenças, e que este pensamento é explicitado por um ou vários discursos, já que toma como base um pressuposto socioantropológico, no qual o pensamento de uma coletividade sobre um dado tema pode ser visto como um conjunto dos discursos ou formações discursivas, ou representações sociais e culturais existentes sobre os quais, os sujeitos utilizam para se comunicar, interagir e pensar.

O autor complementa que o DSC é um instrumento com o objetivo de fazer a coletividade falar diretamente. Ele explicita um conjunto de individualidade semânticas componentes do imaginário social, assim sendo, é uma estratégia metodológica que, utiliza o discurso para visualizar a representação social¹². A sua estruturação, parte do discurso bruto e, com a sua decomposição identificam-se as seguintes figuras metodológicas: as expressões-chaves que são pedaços, transcrições literais dos discursos, que revelam a essência do depoimento e correspondem as questões da pesquisa; as idéias centrais que representa uma descrição de maneira sintética e

¹² “Representações sociais é uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a e questionando-a.” (Minayo, 2008)

fidedigna do sentido de cada depoimento ou conjunto de depoimento; e, por último a figura da Ancoragem que é a ideologia ou a crença que o autor do discurso professa, para em seguida construir a reconstituição discursiva da representação social, através de uma construção artificial como se uma pessoa só falasse por um conjunto de pessoas.

4.2 - Levantamento de Dados

O critério de busca de um levantamento preliminar da produção científica incluiu primeiramente, a associação em todos os índices entre os elementos da política pública de saúde, ou seja, as palavras-chaves foram: a regionalização e o PSF; a regionalização e a Atenção Primária Ambiental (APA). A pesquisa resultou na ausência do registro de produção científica na área da saúde pública brasileira, que articule dois destes elementos em um trabalho. A base de dados pesquisada foi a do Scielo em 23 de Agosto de 2008.

A busca em uma base de dados internacional Pubmed realizada em 22 de novembro de 2008, tendo como objeto o PSF, registrou 220 artigos sobre o PSF no Brasil, no qual ele apareça no título e no abstract. Ao restringir a busca para os trabalhos a partir de 2004, dois anos antes da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde brasileira e que efetivamente, regulamenta a as ações de Promoção de Saúde, onde o meio ambiente é apresentado como pré-requisito, o resultado descreveu um universo de 86 artigos, sendo que, em cinco deles esta interface está descrita no título e ou abstract, todos integrantes da base de dados nacional: 3 artigos na Revista Brasileira de Enfermagem, 1 artigo da Ciência e Saúde Coletiva e 1 artigo no Cadernos de Saúde Pública.

A partir desta constatação, da não existência de trabalhos que contemplem uma abordagem de forma conjunta, foi feita uma busca separada dos elementos centrais da contextualização, na qual eles configurassem elementos chaves dos trabalhos, pela presença em palavras do título, palavras chaves e resumos. As palavras-chaves: regionalização e o PSF; a regionalização e a Atenção Primária Ambiental (APA). A busca associada das palavras chaves ou de maneira isolada, em todos os critérios de busca. A Restrição foi relacionada ao período de produção e publicação dos trabalhos científicos. Somente foram considerados os que foram publicados a partir de 2004, dois

anos antes da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde brasileira e que efetivamente, regulamenta as ações de Promoção de Saúde, onde o meio ambiente é apresentado como pré-requisito.

O levantamento encontrou 73 artigos que preencheram os requisitos fundamentados pela contextualização, como norteadores da abordagem do estudo. A base de dados foi a do Scielo e o acesso em 23 de agosto de 2008.

Em relação à APA, foram encontrados quatro estudos, sendo que em dois deles, o meio ambiente foi abordado no contexto da saúde relacionado ao conceito de bem estar e em outro, como os profissionais identificam a relação entre saúde e ambiente para a organização de suas práticas, o que demonstra que apesar do instrumento de regulação da APA pela Organização Pan-americana de Saúde não ser tão recente ele não apresentou impactos na produção científica nacional. Este fato permite a inferência de que ele ocorra em decorrência da não conformidade com a relação constituída pela PNSA, que enfatizou a identificação, prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e agravos à saúde.

Em relação á promoções de saúde, foram encontradas 15 estudos. Destes, três eram conceituais e os demais seguiam a mesma lógica de atuação das equipes do PSF, ou seja, uma abordagem restrita dentro dos sete eixos da Política Nacional de Promoção de Saúde, onde o meio ambiente não é abordado. Uma das explicações possíveis é de que, apesar de seus preceitos de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade através de ações que favoreçam a preservação do meio ambiente, a participação e co-responsabilidade social, a organização em forma de eixos da PNPS, seguida pelo PSF, privilegia aqueles que apresentam consonância com o modelo assistencialista, ainda hegemônico, o que facilita a operacionalização das ações.

Em relação á regionalizações foram encontradas 54 artigos, dos quais 19 tinham relação com a saúde, sendo cinco conceituais, em nenhum dos 14 restantes houve uma citação do meio ambiente ou de problemas ambientais. Eles tratavam de problemas específicos, discutia a regionalização, a vigilância epidemiológica ou relatavam experiências. A abordagem é da regionalização como forma de organizar a assistência e de diminuir os custos, somente em um dos artigos tem a reflexão do processo de regionalização instituído pela NOAS, como um agente facilitador para se repensar o modelo de atenção, numa perspectiva de promoção de saúde e da justiça social. Este estudo de Teixeira (2008) serviu como base para a definição do problema e da questão central do presente estudo.

O PSF teve como resultado em uma pesquisa abrangente em todos os indicadores 156 trabalhos. Ao refinar para trabalhos em que o PSF estivesse nas palavras do título e palavras-chaves, este número passou para 22 artigos, sendo que em um artigo, a relação entre ambiente e o PSF se fez presente, artigo de Ianni e Quitério (2006). Os outros relatavam os problemas de saúde enfrentados pelas equipes e discutiam a forma organizacional do trabalho da equipe do PSF. Por ser a estratégia principal de reorganização da atenção básica, a principal porta de entrada do SUS, ela mereceu um destaque na produção científica, principalmente, numa abordagem relacionada à sua forma organizacional e o processo de trabalho em equipe desenvolvido, mas sem construir uma inter-relação entre as práticas desenvolvidas pelas equipes, quer seja em um mesmo município ou entre municípios de uma região de saúde.

Foi utilizado como parâmetro para a busca, o termo PSF ao invés de ESF, devido à utilização dessa denominação ser recente e ainda não está instituída na produção científica nacional, que ainda utiliza o termo de PSF na sua produção.

Os resultados são resumidos abaixo:

- Promoção de Saúde - Tem como documentos oficiais a Carta de Ottawa (1986) e a Política Nacional de Promoção de Saúde (2006). A produção científica nacional é de 3 estudos conceituais e 12 estudos nos sete eixos de atuação da PNPS (exceto sustentabilidade).
- Atenção Primária Ambiental - Documentos oficiais a Atenção Primária Ambiental (1998) e Política Nacional de Saúde Ambiental (2007). Sua produção nacional descreve dois estudos relação saúde como bem-estar e um estudo relação saúde – ambiente (percepção dos profissionais).
- Programa de Saúde da Família - O documento oficial é a diretriz conceitual do PSF (2004). A base nacional revela vinte e um estudos problemas de saúde enfrentados e o Processo de trabalho. Em dois artigos a relação PSF e meio ambiente se fez presente, totalizando 156 estudos. Na base internacional são 86 artigos a partir de 2004, cinco deles associam a promoção de saúde e o PSF, todos os presentes na base nacional. Não foi utilizado o termo de Estratégia de Saúde da Família devido a ser recente e, conseqüentemente, não está ainda expresso na produção científica.
- Regionalização - O documento oficial é a NOAS 2001 e o Pacto pela Gestão (2006). A produção nacional revelou 54 artigos sendo que em 35 não apresenta relação com a saúde e o meio ambiente, 13 estudos tratam de problemas

específicos e experiências, sem interface com o meio ambiente, 5 estudos são conceituais da regionalização na saúde e um estudo refletiu o processo de regionalização como um agente facilitador para repensar o modelo de atenção.

Com relação a produção científica sobre o tema. Encontramos dois trabalhos que sistematizaram os achados sobre a produção científica na relação entre o ambiente e a saúde; o estudo de Freitas (2005) demonstra a existência de uma produção que na sua maioria não aborda o território e nem incorpora a participação popular a problemática, mas é centrada em agentes e fatores de risco, com isto, reproduz elementos que viabilizam a manutenção de um modelo de atenção, centrado na oferta de serviços no local, estimulando a competição entre os municípios e a fragmentação das ações de saúde. Camponogara et al (2008) destaca a posição brasileira na produção mundial sobre o tema, ocupando a terceira posição em número de trabalhos. Com relação à análise da produção científica, ela aponta para os achados de Freitas (2005), com uma produção fragmentada, direcionada para o estudo de vetores transmissores de doenças infecto-contagiosas, sem a inclusão de abordagens que contemplem a interdisciplinaridade e intersetorialidade ou a diversidade de fatores envolvidos na interface saúde e ambiente.

4.3 - Escolha do Campo de Estudo

A região do Médio Paraíba, Estado do Rio de Janeiro é formada por doze municípios: Volta Redonda, Resende, Itatiaia, Rio Claro, Barra do Piraí, Barra Mansa, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Rio das Flores e Valença. Está situada no trecho fluminense da bacia hidrográfica do rio Paraíba do Sul, que drena uma das regiões mais desenvolvidas do país, abrangendo parte do Estado de São Paulo, na região conhecida como Vale do Paraíba Paulista, parte do Estado de Minas Gerais, denominada Zona da Mata Mineira, e metade do Estado do Rio de Janeiro. (SOBRAL, 2008)

Sobral (2008) aponta que as transformações ambientais e demográficas da região acompanharam ciclos específicos a partir da segunda metade do século XVIII, como a expansão das lavouras de café que teve como impacto ambiental principal, a destruição

das florestas através das queimadas, que resultou em queda na produtividade e início de processos intensos de erosão e degradação das terras, que se perpetuaram com a substituição do café pelas pastagens.

Com o ciclo do ouro houve o desbravamento dos municípios entre os séculos XVII e XVIII, pelo escoamento do ouro das Minas Gerais. Onde identificamos pequenas áreas de ocupação pelos colonos e tropeiros que transportavam o ouro das minas até os portos de Angra dos Reis e Paraty no Rio de Janeiro (TCE, 2005).

O Ciclo do Café, entre os séculos XVIII e XIX foi marcado por grandes mudanças ambientais que ocorreram na região, devido ao um intenso processo de colonização com populações se estabelecendo às margens do rio Paraíba do Sul, sobretudo nos municípios de Itatiaia, Resende e Volta Redonda, cortados pelo rio. (TCE, 2005).

O processo de industrialização dos municípios é da década de 30, primeiramente com a construção da Rodovia Presidente Dutra, a principal via de ligação entre os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, que estimulou a instalação de empreendimentos industriais em um corredor que margeia o rio Paraíba do Sul. O grande marco desse processo se deu na década de 40, com a instalação da primeira usina da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), em Volta Redonda, na época ainda distrito de Barra Mansa.

Em um estudo realizado nesta região, Freitas et al (2006), trabalharam com a concepção de que as mudanças ambientais têm o potencial de afetar a saúde e o bem-estar humano, bem como de que uma cidade não é uma unidade territorial simples e isolada, restrita às suas fronteiras administrativas, mas sim, integrante de um “sistema complexo” que co-existe com outros sistemas maiores e menores, igualmente complexos, sobre todos os aspectos sejam ambientais, sociais e econômicos. Cumpre ressaltar, que nesta concepção as alterações ambientais em um município podem afetar tanto a saúde da população de seu território, quanto à saúde das populações de municípios vizinhos, pois impactos como a poluição do ar ou dos recursos hídricos não respeitam fronteiras administrativas.

A escolha do município de Volta Redonda é devida a sua centralidade na região, decorrente da presença da Companhia Siderúrgica Nacional que representa uma pressão sobre o meio ambiente não somente do município, mas de toda a região inclusive pelo próprio desenvolvimento econômico determinado pela a instalação da CSN. Além disso, Volta Redonda é o Município pólo onde se situa a sede do Consórcio Intermunicipal de

Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA) e do Núcleo de Vigilância Descentralizado de Saúde do Médio Paraíba (NVDSMP).

Ou seja, Volta Redonda é não apenas o centro econômico da região, mas também da política de saúde, através do CISMEPA, que tem no Plano Diretor de Regionalização (Brasil, 2007), um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde. A sua elaboração consiste de um planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades, de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, possibilitando uma otimização dos recursos disponíveis. Esse processo de reordenamento visa reduzir as desigualdades sociais e territoriais, propiciando maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde.

4.4 – O Universo dos Atores entrevistados

A escolha dos atores está em consonância como o tema da dissertação e coerente com o objetivo do estudo, que é investigar e analisar como é instituída a saúde ambiental no município de Volta Redonda sob duas perspectivas: a da gestão, no qual se insere o discurso de operacionalização e; a da atenção onde à prática das ações tem na Estratégia de Saúde da Família a sua principal forma de atuação.

A escolha dos atores sociais que produzem uma representação social sobre o tema teve como critério o entendimento de como a saúde ambiental é abordada na gestão e na atenção no município de Volta Redonda. Com isto, os atores sociais foram escolhidos pelo potencial de contribuir para a construção de respostas para as seguintes questões norteadoras: Como é estabelecida a Política de Saúde Ambiental no Município de Volta Redonda? Como é o discurso sobre a operacionalização da Política de Saúde Ambiental no Município de Volta Redonda? Como é instituída a prática da Política de Saúde Ambiental no município de Volta Redonda? E, qual é o papel do ESF na articulação entre a atenção básica e atenção ambiental, no qual se insere estes processos?

Neste contexto, identificamos os atores sociais que apresentavam relação com a estrutura normativa e legislativa que serve de arcabouço para o SUS: Os gestores da Atenção Básica do Município e da Vigilância Epidemiológica; Os gestores regionais do

CISMEPA e; do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde do Médio Paraíba (NDVSMP).

Com relação às práticas de saúde, temos como pressuposto para a escolha dos atores, aqueles que estão inseridos dentro da principal estratégia de reorganização da atenção à saúde, a Estratégia de Saúde da Família. Neste caso a opção por entrevistar os componentes de duas equipes básicas completas, composta por médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. As equipes de localidades distintas, em uma das localidades, Siderlândia foi incluída também a enfermeira gerente da unidade. Não houve escolha, o critério foi a disponibilidade na unidade no dia da visita da entrevistadora. A escolha das localidades foi por indicação do gestor da atenção básica do município que indicou as que apresentavam a maior proximidade com o principal fator de produção de impacto ambiental no Município de Volta Redonda, a Companhia Siderlúgica Nacional (CSN).

Então trabalhamos com um contingente de quatro entrevistas de Gestores, sendo duas de gestores regionais e duas de gestores locais; nove entrevistas de componentes da equipe básica da ESF das localidades de Siderlândia e Belmonte, que foram escolhidos segundo a indicação da gestora que é responsável pela atenção básica e o distrito sanitário norte. São dois bairros que pela proximidade com a CSN e pelo sentido dos ventos tem um impacto ambiental importante, além do fato de terem uma estrutura da ESF implantada a mais de um ano. As entrevistas foram identificadas como Equipes de P1s até p9s; gestores P10g até p13g.

4.5 - Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados apresentou como opção metodológica uma abordagem qualitativa, portanto, a escolha dos instrumentos que apresentam embasamento qualitativo e que possibilitaram um acesso fidedigno aos dados relacionado ao tema, suas questões norteadoras e seus respectivos objetivos.

Com relação ao roteiro de entrevista, ele seguiu o critério de elaborar perguntas que respondam exatamente aquilo que se deseja investigar. Toda a pergunta esta formulada a partir do objetivo do trabalho que ela pretende atingir e, portanto também relacionada ao ator social a quem ela se dirige.

O roteiro deve permitir a expressão livre das idéias sobre o tema. Assim sendo, as perguntas devem ser abertas, para que o conjunto de indivíduos representativos dessa coletividade possa se expressar com um grau de liberdade de maneira que ocorra a produção de um discurso por parte deles.

O roteiro consistiu das seguintes perguntas relacionadas aos respectivos objetivos traçados:

1 - De conhecer as ações de promoção de saúde desenvolvidas pela ESF em Volta Redonda, teremos as seguintes questões:

- O que se entende sobre promoção de saúde?
- Quais as atividades de promoção de saúde desenvolvidas?
- Como são resolvidos os problemas?
- Quais os principais interlocutores?

2 - De conhecer como a ESF de Volta Redonda atua nas ações relacionadas à saúde ambiental.

- Como são identificados os problemas ambientais?
- Quais os principais problemas ambientais identificados?
- Como são enfrentados?
- Descreva a forma de organização da equipe para atuar nas questões ambientais?
- Existem competências específicas para os profissionais da ESF?

3 - De conhecer a articulação entre as equipes do município ou de municípios diferentes, para a construção de estratégias regionais na área de saúde ambiental.

- Descreva o seu conhecimento sobre a atuação de outras equipes do município ou da região e os problemas enfrentados?
- Descreva a sua participação em algum encontro regional para troca de experiência ou capacitação em relação ao enfrentamento da questão ambiental na saúde?

4 - De conhecer como o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba aborda a saúde ambiental.

- O que se entende sobre a promoção de saúde?
- Descreva o seu entendimento sobre saúde ambiental?
- Descreva os problemas ambientais que afetam a região?
- Como o CISMAR atua nestes problemas?

• Agora, eu vou dizer uma frase e vou pedir para você completar: O enfrentamento dos problemas ambientais, que afetam a saúde na região será eficiente quando o Consórcio....

5 - De conhecer como o gestor da atenção básica do município de Volta Redonda aborda a saúde ambiental.

- Como são planejadas e desenvolvidas as ações da atenção básica no município?
- Descreva se existem dificuldades, como são enfrentadas e os pontos fortes ou avanços conquistados?
- Como são percebidos os problemas ambientais neste cenário?
- Qual é o papel da atenção básica no enfrentamento das questões ambientais?
- De que maneira a gestão da atenção básica se articula com a gestão da Vigilância em Saúde Ambiental?
- Descreva a ciência sobre as formas de atuação da atenção básica nos outros municípios da região?
- O que se entende por promoção de saúde?
- Quais as atividades de promoção de saúde desenvolvidas?
- Como são resolvidos os problemas?
- Quais os principais interlocutores?

6 - De conhecer como o gestor da Vigilância em Saúde Ambiental do município de Volta Redonda operacionaliza a saúde ambiental

- Como são planejadas e desenvolvidas as ações da vigilância em saúde ambiental no município?
- Descreva se existem dificuldades, como são enfrentadas e os pontos fortes ou avanços conquistados?
- De que maneira a gestão da Vigilância em Saúde Ambiental se articula com a gestão da atenção básica no município?
- Como são percebidas as ações desenvolvidas pela Vigilância em Saúde Ambiental neste cenário?
- Qual é o papel da vigilância em Saúde Ambiental no enfrentamento das questões ambientais?
- Descreva a sua ciência sobre as formas de atuação da vigilância em saúde ambiental nos outros municípios da região?

A partir desta base foram criados roteiros para a entrevista dos gestores do CISMEPA e do NVDS-MP; roteiro para o gestor da atenção básica e para o gestor da saúde ambiental, que foi respondido pela gestora da vigilância epidemiológica do município, já que o mesmo não apresentou na época estrutura organizacional de saúde ambiental com um gestor específico e; um roteiro para os componentes da equipe da Estratégia de Saúde da Família do município. (anexo1)

4.6 - Entrada em Campo

A entrada no campo de estudo em abril de 2009 foi realmente o primeiro contato, já que eu não conhecia a cidade de Volta Redonda, e, portanto, não tinha uma referência prévia da cidade.

Logo na saída da Rodovia Presidente Dutra, percebi a relação da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) com a cidade, já que o símbolo com o nome da cidade faz referência ao aço produzido na CSN.

O meu informante-chave seria o gestor do Consorcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba CISMEPA, que além de pertencer a categoria de gestor de saúde iria proporcionar a minha entrada em campo. Porém, como a entrevista que foi agendada, por meu orientador, para às 13 horas e, como eu não tinha nenhum referencial sobre a cidade, já que não conhecia o caminho. Resolvi antecipar a minha ida chegando a Volta Redonda em torno de 10 horas da manhã.

O percurso da saída da Rodovia Presidente Dutra até o centro foi por uma estrada asfaltada, com redutores de velocidade nas áreas mais povoadas, que seriam os bairros da periferia da cidade, e com uma variável comum, aparentemente todos apresentavam serviços de infra-estrutura, casas de alvenaria, asfaltamento e iluminação elétrica e com um reduzido número de árvores e de áreas verdes.

Com a antecipação da chegada e a proximidade entre o consórcio e a Secretaria Municipal de Saúde, optei por tentar entrar em contato com o gestor da atenção básica, que tinha sido identificado por meio de um contato na Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil, da qual faço parte do quadro de funcionários.

Não conseguir o contato, mas fui orientada a procurar a coordenadora de vigilância epidemiológica do município, que já conhecia através da minha função na SESDEC.

E, foi através da coordenadora de Vigilância epidemiológica da SMS que fui introduzida a gestora responsável pela atenção básica, que no município tem a leitura de responsável pela Estratégia de saúde da Família. Conseguindo agendar uma entrevista, além de realizar uma entrevista proveitosa, com a coordenadora da VE com relação à estrutura operacional da SMS de Volta Redonda.

Outra orientação da coordenadora foi para introduzir nas minhas entrevistas, o Núcleo Descentralizado de Vigilância a Saúde do Médio Paraíba, que tinha a sede no mesmo prédio do CISMEPA. Enquanto aguardava a entrevista com o gestor do Consórcio, agendei outra entrevista com um dos técnicos do NDVSMP e, também, tive acesso ao número de telefone da coordenadora para agendar outra entrevista.

E, por fim, realizei a entrevista com o gestor do CISMEPA, que não se configurou um informante-chave que permitisse um contato com outros gestores, mas contribuiu na construção do material de análise deste trabalho.

4.7 - Entrevistas

Ao todo foram realizadas 13 (treze) entrevistas, entre gestores e equipes da ESF, realizadas no período de maio a novembro de 2009. As principais dificuldades foram relacionadas ao agendamento das entrevistas. Como a entrevista com a enfermeira gerente da Equipe de Belmonte, que também acumulava o cargo de enfermeira gerente. Fato que também ocorreu com a coordenadora do núcleo NDVSMP, com várias modificações no agendamento das entrevistas e duas idas a Volta Redonda sem concretizar a entrevista, que somente foi realizada no município do Rio de Janeiro no bairro de Santa Cruz, onde a coordenadora tem outro vínculo empregatício.

4.7.1 Entrevistas com os gestores

O primeiro gestor a ser entrevistado, na primeira visita, foi à coordenadora de vigilância epidemiológica do município que serviu como informante-chave na entrada em campo, bem como, possibilitou o acesso a informações para o acesso aos gestores

que poderiam ser entrevistados e os respectivos cargos. Não foi possível entrevistar o gestor da saúde ambiental, pois este cargo não existia na SMS, na data da entrevista. Além de prover informações importantes sobre a forma organizacional da saúde no município e da inclusão do ambiente nesta organização.

Na mesma data foi entrevistado o gestor do CISMEPA, que foi cordial, mas solicitou o acesso ao roteiro de entrevistas antes de consentir na realização da mesma.

A gestora da atenção básica é também denominada como responsável pelo distrito sanitário norte, que é a forma como a atenção básica se organiza e denomina no município, que é dividido em dois distritos o norte e o sul. O responsável pelo distrito sanitário sul ainda não tinha sido empossado no cargo e, segundo informações anteriores da minha informante-chave, era uma pessoa que não tinha vivência no cargo, informação confirmada pela gestora do distrito norte. A gestora do distrito sanitário norte selecionou as equipes da ESF a serem entrevistadas, autorizando a realização das entrevistas, bem como, fornecendo os contatos para o posterior agendamento das visitas.

A última entrevista é a que denotou um maior esforço para a sua realização, foi a da gestora do NDVSMP, realizada somente após um contato pessoal durante a realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde Ambiental do Médio Paraíba, organizada pelo núcleo e realizada em setembro de 2009, no qual a participação da pesquisadora foi como ouvinte, o que possibilitou o agendamento da entrevista.

4.7.2 Entrevistas com as equipes da saúde da família

Foram ao todo três visitas as equipes, sendo duas a equipe do bairro de Belmonte e uma a equipe do bairro de Siderlândia.

A primeira visita foi agendada com a enfermeira gerente da equipe de Siderlândia, que se situa a cerca de 20 minutos do centro de Volta Redonda, tendo como base a SMS.

A minha percepção visual do bairro é de uma comunidade carente dotada de infra-estrutura com ruas asfaltadas, casas, iluminação, sem áreas verdes, presença de praça pública. A unidade de saúde, a ESF fica ao lado de uma unidade de saúde bucal. A unidade bem cuidada, limpa, com pouco movimento, mas com grande movimentação

de estagiários do curso de enfermagem. As fotos realizadas durante a visita estão disponibilizadas a seguir.



Figura 1: ESF de Siderlândia



Figura 2: O entrono da unidade de saúde da família



Figura 3: bairro de Siderlândia

A equipe foi receptiva e consegui entrevistar inclusive a enfermeira gerente da unidade. Outros membros entrevistados foram: a enfermeira assistente, o médico generalista, o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde.

Na ESF de Belmonte, bairro vizinho de Siderlândia tem um contato visual com a CSN e apresenta também uma usina de cimento. O bairro apresenta uma infra-estrutura mais precária se comparada com o bairro de Siderlândia. A própria unidade é menor, a equipe é mais jovem e apresentou nos últimos anos uma grande rotatividade. A receptividade foi boa, o número de entrevistados é diferente porque na equipe do Belmonte a enfermeira gerente também responde como enfermeira assistente.



Figura 4: bairro Belmonte vista da CSN



Figura 5: Bairro Belmonte



Figura 6: entorno da ESF do Belmonte

4.8 Referencial de Análise dos Dados

Duarte e Mamede (2009) fazem uma revisão sobre as concepções da Teoria das Representações Sociais, que surgiu da obra de Serge Moscovici intitulada *La psychanalyse: son image et son public*, publicada na França em 1961. O sociólogo Durkheim contribuiu significativamente para a sua construção, contudo, essa teoria não pertence a um único campo de conhecimento.

A sua teorização, após o ano de 1980 contou com um aumento de interesse pelo estudo dos fenômenos do domínio simbólico. Arruda (2002) argumenta a influencia desse aumento na utilização da Teoria como ferramenta para outros campos, como a saúde, a educação, a didática e o meio ambiente, com propostas teóricas diversificadas.

Nessa perspectiva, as Representações Sociais são entendidas como um conteúdo mental estruturado, ou seja, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico a respeito de um fenômeno social relevante, tomando a forma de imagens ou metáforas, sendo compartilhado com os demais membros do grupo social de modo consciente, ou seja, esquemas sociocognitivos de que as pessoas lançam mão para emitirem, no cotidiano de suas vidas, juízos ou opiniões, que são condições necessárias para viver e se comunicar em sociedades complexas. (LEFÈVRE ET AL, 2002).

O estudo das Representações sociais requer o uso de teorias que organizem e validem os dados coletados, bem como a visualização clara e objetiva do material resultante do processo de coleta de dados, oriundos nesse caso, de entrevistas com gestores e equipes da ESF.

O discurso do Sujeito Coletivo (DSC) se mostra adequado a este propósito de tratamento dos dados, já que, segundo (Lefèvre e Lefèvre, 2005) é uma técnica de pesquisa qualitativa, um procedimento de tabulação de depoimentos verbais, que consiste basicamente em analisar o material coletado de entrevistas feitas a partir de um roteiro de questões abertas, extraindo-se de cada uma das respostas as Idéias Centrais e/ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões-Chave. Com estes elementos semelhantes compõe-se um ou vários DSCs, que são discursos-síntese enunciados na primeira pessoa do singular, como se fosse a fala ou o depoimento de uma coletividade, eles refletem os pensamentos e os valores associados a um dado tema, presentes numa dada formação sócio cultural, num dado momento histórico.

Segundo Lefrève et al (2009) os instrumentos básicos do DSC são:

- A Idéia Central (IC); é uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos. Descreve da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível o sentido das *afirmações específicas* presentes em cada um dos discursos analisados e em cada conjunto homogêneo de Expressões-chave;
- As Expressões - Chave (ECH); são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhados, iluminados, coloridos, pelo pesquisador, e que revelam a essência do depoimento ou a teoria subjacente;
- A figura metodológica da Ancoragem (AC) é inspirada na Teoria da Representação Social; é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença, ou valor, que o autor do discurso professa e que, na qualidade de *afirmação genérica*, está sendo usada pelo enunciador para "enquadrar" uma situação específica. É importante observar que todo depoimento tem uma ou várias Ics, mas apenas alguns depoimentos apresentam, de maneira explícita, as marcas discursivas da Ancoragem.

Lefrève et al (2009) destaca que o DSC pode ser feito tanto das idéias centrais quanto das Ancoragens. Os depoimentos devem apresentar um sentido singular, que sob a forma discursiva, refletem os pensamentos e os valores associados a um determinado tema, presente numa dada formação sócio cultural e num dado momento histórico.

Com relação ao tema do trabalho, a abordagem que contemple as Representações Sociais em Saúde, presentes na sociedade e na cultura brasileira contemporânea, neste caso, está relacionada ao município de Volta Redonda, e tem nas figuras metodológicas da Expressão - chave e Idéia central, um instrumento útil para abordar estes aspectos relevantes.

4.9 Limitações

A primeira limitação é em decorrência de ser um tema ainda pouco desenvolvido, o que leva a uma limitação metodológica, que permite uma exploração e aproximação do assunto. A segunda esta relacionada à forma organizacional do município, tanto em relação saúde ambiental, ainda não estruturada, como também relacionada à atenção básica que tem uma responsável de fato, que não detém o título de gestora da Atenção Básica.

Com relação às equipes, apesar de apresentarem teoricamente uma estrutura organizacional semelhante, na prática houve uma maior receptividade para a participação na equipe de Siderlândia, fato que pode estar ligado à relação com a Universidade, através dos estágios curriculares oferecidos.

Na equipe de Belmonte, houve uma receptividade extremamente cordial, mas apesar de inúmeras tentativas não consegui agendar com a enfermeira gerente, mas somente com a enfermeira assistente. Foram quatro tentativas para conversar com a gerente. Na última houve a informação de que a enfermeira gerente e assistente são cargos agora desempenhados pela mesma técnica: a enfermeira assistente, já entrevistada. A equipe da ESF do Bairro Belmonte é menor do que a de Siderlândia, e apresentou grande renovação nos últimos anos do seu quadro de funcionários.

Outro ponto foi que a realização das entrevistas no ambiente de trabalho, durante o exercício da atividade teve como consequência um ambiente conturbado e algumas interrupções, em decorrência da demanda das atividades dos entrevistados. Essa opção, por realizar nessas condições foi para não atrapalhar as atividades exercidas e pelo fato de que não conseguimos identificar nas unidades uma sala que pudesse proporcionar um ambiente calmo para o andamento dos trabalhos.

Outra limitação do trabalho refere-se a sua capacidade restrita de generalizar os resultados encontrados nessa abordagem, devido à amostra pequena e a influência da especificidade do município.

CAPITULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

A nossa opção para apresentação dos resultados foi de dividir, segundo os temas relacionados com a construção do objeto de estudo como: Promoção de saúde; Saúde Ambiental; Território na Saúde e a ESF. Visando uma melhor aproximação com a operacionalização da Saúde Ambiental, esta foi subdividida em quatro itens: conceito de Saúde Ambiental, a identificação dos problemas ambientais, o enfrentamento dos problemas ambientais e a capacitação e troca de experiências.

A partir da divisão dos dados foram construídas tabelas com a descrição integral das idéias centrais e das expressões chaves contidas nos diferentes discursos, referente aos temas previamente descritos com suas respectivas identificação pelos códigos, discurso das equipes P1s até P9s e de gestores P10g até P13g. As figuras metodológicas não foram utilizadas para a construção de um discurso do Sujeito Coletivo, mas foram analisadas a partir do referencial teórico sob a óptica da teoria das Representações Sociais. Essa opção foi em decorrência da diversidade dos participantes, o que produziria uma grande variedade de discursos. Fator que poderia interferir na construção das análises. Além de ser um trabalho que aborda um objeto pouco explorado por pesquisas anteriores e, portanto, a construção das análises a partir das figuras metodológica das idéias centrais e expressões-chaves e compatível com o referencial teórico das representações Sociais para a análise.

5.1 – Promoção de Saúde

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como *o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo* (WHO, 1986).

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. Segundo Buss (2000), o primeiro deles, as atividades dirigidas, são dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos,

primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos.

A segunda abordagem destacada pelo autor entende que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida. As atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis), e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades. Em síntese, esta abordagem é referente ao aspecto coletivo descrito por ações amplas, contidas na formulação da promoção de saúde como instrumento de qualidade de vida e bem estar para a população.

A Política Nacional de Promoção de Saúde (2006) a define como uma estratégia de produção de saúde, através da articulação de políticas, tecnologias no sistema de saúde, para a produção de ações compatíveis com as necessidades sociais em saúde, que determinam o processo saúde-doença como, por exemplo, violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam a forma mais ampla de intervir em saúde. (PNPS, 2006).

Com isso, a abordagem ampla concebe o estilo de vida como determinado socialmente, sendo que a construção se dá no contexto da vida. As intervenções propostas são amplas e perpassam os muros das unidades para o território onde os sujeitos vivem e trabalham. (PNPS, 2006)

A promoção de saúde, em síntese é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (PNPS, 2006).

As entrevistas demonstram como ocorre a operacionalização da PNPS (2006), tendo como referências as concepções amplas e restrita contida na política pública específica.

Com relação à questão, o que você entende sobre Promoção de Saúde, as entrevistas revelaram as seguintes idéias centrais relacionadas às abordagens descritas acima e contidas na concepção do termo e na PNPS (2006), as respostas permitiram a

formação de sete idéias centrais. A mais freqüente presente em seis entrevistas das 13 realizadas foi “de que a Promoção de saúde é orientação sobre os riscos com o enfoque sobre o individuo, na mudança do seu estilo de vida, que seja direcionada a prevenção primária ou secundária”. Denominada de idéia central de número um (Nº1), que reflete uma visão fragmentada do termo, com o enfoque hegemônico da promoção ligada à mudança do estilo de vida do indivíduo.

Em três idéias centrais, o meio ambiente foi citado como uma dos elementos, as de número quatro (Nº 4), que descreve o enfoque ainda restrito ao estilo de vida numa abordagem individual, mas reconhece a importância do meio ambiente como um dos elementos da abordagem; número seis (Nº 6), que a define como um pacote imposto de maneira vertical, direcionados aos problemas macro (nacionais); e a de número sete (Nº 7), no qual as ações preconizadas devam ser executadas no território, com educação em saúde, ações de promoção do meio ambiente e ações de vigilância em saúde. No total de quatro entrevistas, das treze entrevistas realizadas.

Essa concepção da presença do meio ambiente como um dos elementos está em consonância com a concepção do termo e com a política nacional, que o cita como um dos eixos da estratégia. Mas os discursos tiveram idéias que as diferenciavam quanto a abordagem da Promoção de saúde. O consenso foi à presença, o reconhecimento do meio ambiente como elemento da promoção de saúde.

Segue abaixo a descrição das idéias centrais:

1 - A idéia central de que a Promoção de saúde é orientação sobre os riscos, com o enfoque sobre o individuo na mudança do seu estilo de vida, que seja direcionada a prevenção primária ou secundária. O que representa a abordagem restrita descrita por Buss (2000). Esteve presente nas expressões-chaves dos seguintes atores da equipe da saúde família:

- **P1s** “A que vejo que é assim, quando a gente ta indo nas casas fazer a nossa visita e falando né sobre,...são muitos diabéticos, a gente ta procurando diabéticos e hipertensos, a gente procura sempre ta orientando”.

2- A idéia central é ainda vinculada a um enfoque individual, porém ainda mais restrito já que coloca a promoção de saúde para ser executada somente nas unidades de saúde.

Está presente em uma das entrevistas destacada do termo promoção de saúde a sua territorialidade, o que articulado com a concepção teórica quanto na

operacionalização pela PNPS. Porém no caso desse discurso específico, a territorialização representa a unidade de saúde, local onde as ações devem ser executadas.

- **P3s** “Eu vejo que é tentar colaborar pra melhor bem estar da saúde da do usuário, no caso é da pessoa que ta procurando a unidade de saúde, entendeu, porque é isso”.

3 - Uma entrevista utiliza a abordagem ampla, porém inespecífica da promoção de saúde. Não há uma definição quanto à fundamentação da concepção do termo ou da organização do sistema preconizado pela política nacional. Idéia Central de um termo amplo, ações realizadas antes do adoecimento.

Está presente em uma das entrevistas, não houve uma definição quanto à fundamentação do entendimento do termo, que ficou situado numa definição geral e inespecífica.

- **P5s** “São todas aquelas ações que a gente faz para que o indivíduo continue com seu estado de saúde é... contínuo...Todo aquele conjunto de ações pra você chegar antes da doença se instalar”.

4- A idéia central descreve o enfoque ainda restrito ao estilo de vida numa abordagem individual, mas reconhece a importância do meio ambiente como um dos elementos da abordagem.

- **P6s** “sempre ta orientando a população ta de um modo geral sobre o sobre as condições que podem é provocar alguma desordem é, na saúde dela entendeu, seja saúde física, ou então, seja saúde física ou saúde mental entendeu, isso engloba é a própria questão ambiental, entendeu que ta sempre de certo modo sempre envolvida”.

5 - A idéia central descreve a promoção como uma forma de divulgação do sistema de saúde, que é obrigatório em todos os municípios. Seria a divulgação dos acessos aos tratamentos e diagnósticos em todos os níveis de complexidade. O que demonstra uma total dicotomia com o proposto na concepção e no instrumento normativo (PNPS).

Esta idéia central apresentou uma visão política organizacional, onde a promoção de saúde aparece como instrumento de divulgação do sistema de saúde, em todos os níveis de complexidade e, destaca a parte assistencial vinculada ao diagnóstico e o tratamento dos agravos.

- **P11g** “ta ligada à atenção básica e é uma obrigatoriedade de todos os municípios da federação... a promoção, na verdade ta ligada mais as áreas de divulgação é dos acessos, tratamentos, diagnósticos da saúde, né e elas e perpassam tanto é os diversos níveis de complexidade uma vez que ela tem que ser utilizada tanto na atenção básica mas tem que ser levada também aos ambientes hospitalares né os ambientes que fazem o diagnóstico”.

6- A idéia central enfoca a amplitude das ações de promoção de saúde identificada na abordagem descrita por Buss (2000) como a segunda vertente, mais ampla, de políticas públicas nacionais, porém fragmentada. Já que a define como um pacote imposto de maneira vertical, direcionados aos problemas macro (nacionais), portanto, dificulta a incorporação da questão ambiental e das especificidades do local.

- **P12g** “Existem ações de promoção de saúde na atenção básica acredito eu, voltada pros macro-problemas que é o pacotão que você tem de coisas, então pro diabetes, pra hipertensão é entendeu, ampliar pra imunização... imunização mas ampliar isso ao ponto de trazer discussão pra questões ambientais... com certeza não, tem um trabalho na questão pontual, na esfera pontual”.

7 – A idéia central de que as ações devam ser no território, com educação em saúde, ações de promoção do meio ambiente e ações de vigilância em saúde, apresenta consonância com a Política Nacional de Promoção de saúde, já que para ser operacionalizada necessita de articulação de políticas e tecnologias, além de incorporar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

- **P13g** “promoção é você promover tudo né, o meio ambiente né, a a questão da vigilância em saúde mesmo... é você fazer com que essa estratégia saia de dentro da unidade e vá pra pro território né, é trabalhar junto a escola, criança eu acho que é uma grande promoção”.

A tabela abaixo sintetiza as idéias centrais e as respectivas expressões-chaves relacionadas ao termo “promoção de saúde” encontrada nas entrevistas realizadas.

Tabela 5.1: Promoção de saúde idéias centrais e expressões-chaves

Idéia Central	Expressões-chaves
1 - A idéia central de que a Promoção de saúde é orientação sobre os riscos com o enfoque sobre o individuo na mudança do seu estilo de vida, que seja direcionada a	P1s “A que vejo que é assim, quando a gente ta indo nas casas fazer a nossa visita e falando né sobre,...são muitos diabéticos, a gente ta procurando diabéticos e

prevenção primária ou secundária.

hipertensos, a gente procura sempre ta orientando”.

P2s “promover saúde é fazer, utilizar métodos né, que façam com que evite a doença....você tenta intervir nos primeiros sinais da doença no caso o hipertenso, eu tento ver, buscar aquela hipertensão e tratar para que ele não tenha um infarto ou derrame”

P3s “Eu vejo que é tentar colaborar pra melhor bem estar da saúde da do usuário, no caso é da pessoa que ta procurando a unidade de saúde, entendeu, porque é isso”.

P4s “promover a saúde é agente ensinar as pessoas. Para elas poderem fazer as coisas certas para que elas não fiquem doentes né. Alimentação, o que comer; é falar sobre fazer atividade, e cuidar daquelas pessoas que tem pressão alta”.

P7s “as ações educativas que nós fazemos, é grupos é a de hipertensão, diabetes, da mulher saúde da mulher, promover mostrar pra eles que saúde não é só curar doenças, no caso é prevenir pra que eles não fiquem doentes”.

P8s “de educação de saúde, certo, então aqui a gente trabalha através dos grupos, formando grupos que são prioritários que são hipertensos, diabéticos, gestante, criança”.

P9s “basicamente é nós trabalhamos com a prevenção... Através de informações e atendimentos básicos... grupos de atenção... com os diabéticos, com os hipertensos, com tem o grupo do peso saudável, que nós trabalhamos com os obesos... gestantes... controle familiar... jovens”.

2- A idéia central é ainda vinculada a um enfoque individual, porém ainda mais restrito já que coloca a promoção de saúde para ser executada somente nas unidades de saúde.

P3s “Eu vejo que é tentar colaborar pra melhor bem estar da saúde da do usuário, no caso é da pessoa que ta procurando a unidade de saúde, entendeu, porque é isso”.

3- A idéia central descreve o enfoque ainda restrito ao estilo de vida numa abordagem individual, mas reconhece a importância do meio ambiente como um dos elementos da abordagem.

P6s “sempre ta orientando a população ta de um modo geral sobre o sobre as condições que podem é provocar alguma desordem é, na saúde dela entendeu, seja saúde física, ou então, seja saúde física ou saúde mental entendeu, isso engloba é a própria questão ambiental, entendeu que ta

	<p>sempre de certo modo sempre envolvida”.</p> <p>P10g “é um processo em construção... se você tem um ambiente saudável você tem uma população saudável e vice-versa, e se você tem uma população saudável ela interfere no ambiente também... é como aprender uma uma um hábito, questão de hábito, de hábito saudável”.</p>
<p>4 - A idéia central descreve a promoção como uma forma de divulgação do sistema de saúde, que é obrigatório em todos os municípios. Seria a divulgação dos acessos aos tratamentos e diagnósticos em todos os níveis de complexidade.</p>	<p>P11g “ta ligada à atenção básica e é uma obrigatoriedade de todos os municípios da federação... a promoção, na verdade ta ligada mais as áreas de divulgação é dos acessos, tratamentos, diagnósticos da saúde, né e elas e perpassam tanto é os diversos níveis de complexidade uma vez que ela tem que ser utilizada tanto na atenção básica mas tem que ser levada também aos ambientes hospitalares né os ambientes que fazem o diagnóstico”.</p>
<p>5 - A idéia central enfoca a amplitude das ações de promoção de saúde identificada na abordagem descrita por Buss (2000) como a segunda vertente, mais ampla, de políticas públicas nacionais, porém fragmentada. Já que a define como um pacote imposto de maneira vertical, direcionados aos problemas macro (nacionais), portanto, dificulta a incorporação da questão ambiental e das especificidades do local.</p>	<p>P12g “Existem ações de promoção de saúde na atenção básica acredito eu, voltada pros macro-problemas que é o pacote que você tem de coisas, então pro diabetes, pra hipertensão é entendeu, ampliar pra imunização... imunização mas ampliar isso ao ponto de trazer discussão pra questões ambientais... com certeza não, tem um trabalho na questão pontual, na esfera pontual”.</p>
<p>6 - A idéia central de que as ações devam ser no território, com educação em saúde, ações de promoção do meio ambiente e ações de vigilância em saúde.</p>	<p>P13g “promoção é você promover tudo né, o meio ambiente né, a a questão da vigilância em saúde mesmo... é você fazer com que essa estratégia saia de dentro da unidade e vá pra pro território né, é trabalhar junto a escola, criança eu acho que é uma grande promoção”.</p>

Com relação aos resultados encontrados nessa amostra específica, podemos inferir que a visão da promoção de saúde, como um enfoque de estilo de vida, direcionado ao plano do individuo, que foi à visão hegemônica nas equipes da ESF. As figuras metodológicas presentes nos discursos refletem a maneira como as práticas de saúde traduzem os preceitos contidos na PNPS. Com relação aos gestores, os discursos apresentam uma diversidade importante, o que pode afetar a condução, por parte dos gestores, da operacionalização da promoção de saúde na atenção básica, especificamente na ESF.

Dos quatro discursos dos gestores tivemos a produção de quatro idéias centrais, que abordou desde o consenso com as da equipes da ESF do enfoque da promoção de saúde sobre o indivíduo; a que relacionou a promoção de saúde como o acesso à informação sobre o sistema de saúde; a que a determinou como um processo de fluxo vertical ; e a última relata a promoção de saúde com o conceito de vigilância em saúde e da abordagem ampla contida na PNPS e na Carta de Ottawa (Opas, 1986).

Em contrapartida, a visão do meio ambiente ou das questões ambientais como um dos elementos da promoção de saúde foi hegemônica entre os gestores, três em quatro deles apresentam esta perspectiva. Porém, em relação a equipe do Saúde da Família, o meio ambiente foi identificado como um dos elementos da Promoção de saúde somente em uma das entrevistas, que apesar da inclusão, apresentava a visão restrita do termo centrado no indivíduo.

Cabe ressaltar alguns elementos que podem estar corroborando para esses achados e estão relacionados à estrutura operacional do SUS. Como destacou Fausto (2005), que a descreve como fragmentada, o que dificulta a transmissão da informação de maneira transversal, fundamental para a construção de práticas integralizadas e amplas, contidas nos documentos das Políticas Públicas de Saúde. Ao contrário, essa forma organizacional corrobora para uma abordagem da vigilância direcionada ao efeito, numa abordagem restrita e fragmentada. Portanto, os achados têm uma fundamentação teórica, que nesse caso, a abordagem presente nos discursos das equipes serem centradas no indivíduo, como também, as diferenças entre os discursos dos gestores e das equipes.

5.2 Saúde Ambiental

As perguntas direcionadas a este tema foram relacionadas a identificação dos problemas ambientais e seu respectivo enfrentamento. Como e quais os problemas ambientais identificados e como se dá o enfrentamento desses problemas para as equipes da ESF (p1s – P9s) e os gestores (p10g – P13g). Como também a identificação da participação deles em alguma capacitação ou evento para trocas de experiências sobre a questão ambiental na saúde. Os gestores responderam também questões sobre a concepção do que é saúde ambiental.

É importante destacar que os roteiros eram distintos. As equipes responderam a questões que abordavam a operacionalização, já os gestores também responderam a questões de concepção teórica do termo saúde ambiental.

Os resultados apresentados estão divididos em quatro partes. A primeira delas relacionada ao conceito de Saúde Ambiental, respondido somente pelos gestores P10g até P13g. A segunda está relacionada com a identificação dos problemas ambientais por parte das equipes da saúde da família (P1s até P9s), bem como, pelos gestores (P10g até P13g). A terceira esta relacionada à questão referente ao enfrentamento desses problemas ambientais identificados, respondida tanto pelas equipes quanto pelos gestores. A quarta aborda a presença de processo de capacitação, bem como, trocas de experiências entre as equipes, o que confere uma abordagem ampliada dos problemas ambientais, que também se apresentam em outras escalas, além da local. A capacitação também é importante no combate a fragmentação das ações, unificando as ações e as concepções de todas as instâncias do SUS.

5.2.1 – Conceito de saúde ambiental

O Ministério da Saúde concebe a saúde ambiental como transversal, no qual deve existir uma incorporação entre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Nacional de Meio Ambiente (Sisnama), do Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos (Singreh) e de outros afins. A forma de operacionalizar a Saúde ambiental no SUS é através da vigilância ambiental, que também representa um dos instrumentos que permite uma abordagem centrada na promoção e na proteção à saúde dos cidadãos, contribuindo para o pressuposto de saúde como direito universal, no qual está incluído o direito ao ambiente ecologicamente equilibrado. (MS. 2007).

As práticas de saúde oriundas dessa concepção são amplas e necessitam de uma organização que promova a intersetorialidade. Essa integração depende de um fluxo transversal das informações produzidas pela vigilância ambiental, bem como dos outros sistemas de informações pertencentes aos diversos setores envolvidos nessa abordagem ampliada da saúde, no qual se insere o meio ambiente. (MS, 2007)

Os textos referentes às Políticas Públicas também apresentam discurso inserido, no qual podemos destacar a identificação da idéia central, em relação à definição do termo saúde ambiental, que pressupõe a realização de ações com a participação ativa da

sociedade no processo, bem como, a integração de diferentes setores para a o enfrentamento dos reflexos na saúde da relação homem-ambiente.

No roteiro de entrevista a questão referente ao conceito de saúde ambiental esteve presente somente no roteiro dos gestores e, apresentaram como resultado a identificação de três idéias centrais presentes nos discursos de P10g a P13g.

1 - A idéia Central é de um conceito amplo e em construção, porém que apresenta uma relação direta entre um ambiente saudável com uma população saudável.

Esta idéia Central identificada no discurso de um dos gestores é de um conceito amplo e em construção, que apresenta a relação direta entre um ambiente saudável com uma população saudável. Porém a participação da população está em uma perspectiva restrita, individual centrada no estilo de vida, como se a abordagem principal fosse à ação dos hábitos individuais da população sobre o meio ambiente, sendo, portanto, o principal gerador dos problemas. O que se contradiz com a fala da amplitude da concepção.

- **P10g** - É tão amplo não é muito fácil, é um processo em construção, é um enxergar um novo paradigma né... eu acho assim, sabe é é saúde é é saúde e meio ambiente é saúde da população,... você tem um ambiente saudável você tem uma população saudável e vice-versa, e se você tem uma população saudável ela interfere no ambiente também... incorporando as boas práticas no ambiente que vai logicamente, refletir na sua saúde..como aprender uma uma um hábito, questão de hábito, de hábito saudável, do meu lixo, que eu devo cuidar bem, da minha água é essas coisas”.

2 – A idéia central está relacionada a vigilância em saúde, especificamente a vigilância do solo, da água e do ar.

Esta Idéia Central encontrada nos discursos, que esteve presente em dois (P11g e P12g), dos quatro discursos dos gestores, foi de que a saúde ambiental está relacionada a vigilância em saúde ambiental, especificamente a vigilância do solo, da água e do ar. Esta idéia reflete de que forma está sendo operacionalizada a Saúde Ambiental no SUS, pela implantação da Vigilância Ambiental em Saúde.

Na teoria, esse enfoque tem por objetivo a produção de dados, que permitam a análise da situação de saúde, para proporcionar a tomada de decisões em prol do desenvolvimento de ações integradas. O discurso dos gestores esta em consonância com

o referencial teórico apresentado, no que diz respeito às dificuldades de efetivação desse tipo de proposta nas práticas determinadas pela estrutura operacional do SUS.

- **P11g** – “... essas ações também de saúde ambiental tão ligado ao Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde né lembrando eu sito no meu planejamento do NDVSA e eles citam no planejamento deles do consórcio, ta dando pra gente ter essa articulação. A vigilância Ambiental é uma área da vigilância em saúde né onde ela contempla, é exemplificando, os projetos de vigilância da água, de vigilância do solo, vigilância do ar também...e infelizmente essas propostas não estão no nível em que a gente gostaria que estivesse... com relação ao vigisolo e ao vigiar, eu realmente desconheço em que nível que está, eu gostaria que estivesse mais adiantado, mas pelo que eu to sabendo ta ainda bem insipiente”.

3 - Esta incluída na vigilância em saúde onde o papel da atenção básica e fazer as pessoas perceberem os problemas ambientais.

Esta Idéia Central nos discursos dos gestores, presente na fala de (P13g), é de inclusão da Saúde Ambiental, através da vigilância em saúde, onde o papel da atenção básica é o de fazer as pessoas perceberem os problemas ambientais. Configura a que apresenta uma consonância com a idéia central, contida no do discurso da concepção teórica presente na PNSA. No qual se estimula a participação social imprescindível na abordagem de saúde ambiental proposta também pela Atenção primária Ambiental. (OPAS, 1999)

- **P13g** – “que atenção básica é essa coisa da vigilância em saúde mesmo é a monitorar isso não só a questão da poluição do ar mas a questão mesmo de tudo né... você vê um monte de de de de questões assim, é que deveria gerar algum tipo de reclamação, algum tipo de questionamento e as pessoas não questionam, essa questão ambiental e ninguém ... questiona, então eu acho que o papel da atenção básica é buscar isso lá dentro das comunidades “.

Apesar do conceito de saúde ambiental, identificado nos discursos dos gestores ter consonância com o apresentado nos documentos da saúde ambiental, com destaque para a vigilância ambiental e a participação social como instrumentos importantes para a operacionalização, também, identificamos uma compreensão diferenciada por parte dos gestores, pela identificação de três idéias centrais no total de quatro discursos. Os gestores representam o elo entre as normas e as políticas com as práticas locais.

No caso específico dessa amostra, existe o pressuposto de que esta concepção diferenciada corrobora com a organização de ações fragmentadas, com uma característica de amplitude que somente engloba o local, dificultando a implantação de práticas integradas, que dependem de uma produção dos dados, como fundamenta as Políticas de Saúde. (MS, 2007)

Tabela 5.2: Conceito de Saúde Ambiental; idéias Centrais e expressões-chaves

Idéias Centrais	Expressões –Chaves
<p>1 – A idéia Central é de um conceito amplo e em construção , mas está na relação direta entre um ambiente saudável com uma população saudável.</p>	<p>P10g - É tão amplo não é muito fácil, é um processo em construção, é um enxergar um novo paradigma né... eu acho assim, sabe é é saúde é é saúde e meio ambiente é saúde da população,... você tem um ambiente saudável você tem uma população saudável e vice-versa, e se você tem uma população saudável ela interfere no ambiente também... incorporando as boas práticas no ambiente que vai logicamente, refletir na sua saúde..como aprender uma uma um hábito, questão de hábito, de hábito saudável, do meu lixo, que eu devo cuidar bem, da minha água é essas coisas”.</p>
<p>2 – está relacionada a vigilância em saúde, especificamente a vigilância do solo, da água e do ar.</p>	<p>P11g – “... essas ações também de saúde ambiental tão ligado ao Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde né lembrando eu sito no meu planejamento do NDVISA e eles citam no planejamento deles do consórcio, ta dando pra gente ter essa articulação. A vigilância Ambiental é uma área da vigilância em saúde né onde ela contempla, é exemplificando, os projetos de vigilância da água, de vigilância do solo, vigilância do ar também...e infelizmente essas propostas não estão no nível em que a gente gostaria que estivesse... com relação ao vigisolo e ao vigiar, eu realmente desconheço em que nível que está, eu gostaria que estivesse mais adiantado, mas pelo que eu to sabendo ta ainda bem insipiente”.</p> <p>P12g – “Secretaria Municipal de Saúde...ficou aqui com a vigilância epidemiológica... então vigiar ficou aqui... o vigiágua lá na sanitária... e eu acho que só e, a dengue ficou fora né, é agentes biológicos ficaram fora da vigilância ambiental, pelo menos por ora... Tá fragmentada e tem uma solução de continuidade importante é hoje”.</p>
<p>3 – Esta incluída na vigilância em saúde onde o papel da atenção básica é fazer as</p>	<p>P13g – “que atenção básica é essa coisa da vigilância em saúde mesmo é a monitorar isso não só a questão da poluição do ar mas a questão mesmo de tudo né...</p>

<p>peças perceberem os problemas ambientais.</p>	<p>você vê um monte de de de de questões assim, é que deveria gerar algum tipo de reclamação, algum tipo de questionamento e as pessoas não questionam, essa questão ambiental e ninguém ... questiona, então eu acho que o papel da atenção básica é buscar isso lá dentro das comunidades “.</p>
--	--

5.2.2 A identificação dos problemas ambientais.

A identificação dos problemas ambientais foi uma das questões apresentadas, que estavam presentes no roteiro de entrevista das equipes da saúde da família, bem como dos gestores. A questão solicitava a descrição de como era o processo de identificação dos problemas ambientais na ponta (ESF) e na gestão (gestores).

A forma de operacionalizar o conceito de saúde ambiental no SUS é pela Vigilância ambiental em Saúde. O MS (2007) a descreve como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, a fim de permitir a análise de informações relacionadas ao ambiente e à saúde e, definir indicadores com o objetivo de prevenir e atender a ocorrência dos agravos à saúde.

O coordenador da (CGVAM/SVS/MS) enfatiza o potencial da vigilância em saúde ambiental no conhecimento, monitoramento e avaliação sistemática dos fatores de risco à saúde humana relacionados ao ambiente. Permitindo que as informações sejam integradas e transmitidas transversalmente nas três esferas de poder. (Epidemiol. Serv. Saúde, 2008).

Existe, portanto, um fluxo que vai da geração das informações na ponta, com a coleta e identificação dos dados e, um contra-fluxo, onde estes dados, depois de trabalhados e analisados são utilizados como referencial para a tomada de decisões, principalmente as relacionadas às práticas locais.

Por isso, a descrição de como os atores sociais envolvidos no processo identifica os problemas ambientais, no caso desse estudo, os membros de duas equipes da ESF e os gestores municipais da saúde, representam um avanço na compreensão das diferenças entre as concepções teóricas e as ações e práticas de saúde desenvolvidas nos locais.

Nos discursos procuramos identificar as idéias centrais que vão estar articuladas, consonância ou divergência com as concepções teóricas apresentadas.

Foram identificadas sete idéias centrais nas treze entrevistas com as equipes (P1s – P9s) e com os gestores (P10g – P13g).

1 – A Idéia Central de que os problemas ambientais identificados são os relacionados com o saneamento e causados pelas condições sócio-econômicas. Mas, sem identificação de doenças relacionadas a eles.

A primeira Idéia Central é de que os problemas ambientais identificados são os relacionados com o saneamento e causados pelas condições sócio-econômicas, mas sem identificação de agravos relacionados a eles. Presente nos discursos de P1s e P2s.

Esse contexto favorece a uma falta de identificação da relação entre homem-ambiente no processo saúde-doença.

- **P1s** – “A gente vê assim, muita precariedade, as pessoas tem problemas com os rios, saneamento básico, então tem assim bastante essas coisas que a gente vê.... Assim, aqui a gente não, ainda não detectou assim sobre isso aí, alguma alguma doenças que tenha sido gerada através dessa desse problema”.

2 – A Idéia Central é de que os problemas ambientais identificados são os relacionados com o saneamento e causados pelas condições sócio-econômicas, mas com a identificação de doenças relacionadas a eles.

A segunda idéia identificada inclui a determinação de doenças, o que complementa a idéia anterior. Porém demonstra um enfoque na exposição e efeito, parte final presente da matriz de Corvalán (2000). A participação da sociedade não é abordada nessa idéia central.

P3s – “...é bairro de periferia né, então assim, tem alguns é locais, mas aqui perto da unidade não tem, mas tem assim os locais mais afastados que tem aqueles problemas de saneamento, entendeu, que às vezes é esgoto aberto entendeu, aí isso acaba prejudicando, porque criança vai lá brinca, aí aparece aqui com micose, às vezes é ferimento na perna, devido a essa falta de estrutura entendeu”.

3 - A Idéia Central é de que os problemas ambientais identificados são gerados pela atitude da população (lixo) e pela indústria CSN (poluição que gera problemas respiratórios).

Na terceira idéia identificada, destaca-se a participação da sociedade como fonte geradora de problemas ambientais, não em uma visão relacionada ao modelo de desenvolvimento, como gesta nos preceitos da saúde ambiental. O enfoque dos

discursos é da culpabilização individual, enfatiza o papel da educação no comportamento individual, tendo como consequência, a geração de problemas ambientais que vão impactar na saúde da própria população que, nesse enfoque, foi responsável pela sua geração.

A idéia central da culpabilização está presente, direcionada para a população, vinculada à percepção do lixo como um dos problemas ambientais. Com relação à poluição do ar, o processo de culpabilização é similar, sendo que ao invés da população, a percepção é da presença da indústria CSN (poluição que gera problemas respiratórios). Presente em cinco discursos inclusive em um dos gestores. Esse enfoque está presente em cinco das treze entrevistas, sendo uma dos gestores.

- **P4s** – “O lixo né. A população joga o lixo de qualquer maneira; é aqui é perto da CSN né. Nos temos os problemas da respiratórios que dão nas crianças, muito nas crianças. É eu acho que basicamente são esses dois problemas”.

4 - A Idéia Central é de que os problemas ambientais identificados são gerados pela indústria (poluição que gera problemas respiratórios).

A quarta idéia é de que os problemas ambientais identificados são gerados pela indústria (poluição que gera problemas respiratórios). Não identifica a participação da sociedade na geração de pressão sobre o meio ambiente e, restringe os impactos a saúde humana aos problemas respiratórios.

- **P6s** – “Na região a gente tem a CSN que a entendeu, que a acredito que a, que a causa do dos maiores problemas respiratórios entendeu... doenças respiratória, ou seja, uma resfriado, gripe, sinusite, pneumonia então são estes tipos de afecções que a gente acaba encontrando... apesar Volta Redonda a gente tem um clima montanhoso, mas que é super favorecido entendeu, mas que infelizmente tem a poluição e com a CSN fica muito complicado”.

5 - A Idéia Central é de que os problemas ambientais identificados são gerados pela atitude da população (lixo).

A quinta Idéia Central é mais restrita e culpabiliza a população, de maneira individual e local, através do seu estilo de vida e falta de educação, pela produção desses problemas. Ela relata que os problemas ambientais identificados são gerados pela atitude da população, e está relacionada com o despejo de lixo em áreas irregulares,

principalmente no entorno da unidade de saúde da família. Esse contexto também reflete a abordagem de promoção de saúde centrada no estilo de vida.

- **P9s** – “nós temos é uma comunidade com sua má educação, jogando dejetos aí nas calçadas e tal então não é que a gente discuta o meio ambiente.... mas ambiente mesmo a gente não discute muito.”

6 - A Idéia Central é de que os problemas ambientais são de dois tipos, os causados pelos acidentes das indústrias da região e os pontuais ou locais, que decorrem da especificidade dos locais (municípios).

Os problemas ambientais são de dois tipos, os causados pelos acidentes das indústrias da região e os pontuais também denominado de locais, que decorrem da especificidade desses locais (municípios). Presente somente no discurso dos gestores.

Essa idéia central agrega a visão de complexidade dos problemas ambientais, que apresentam uma perspectiva macro, neste caso regional pela presença das indústrias e suas conseqüências, que vão além dos limites geopolíticos que determinam um município, e na perspectiva micro que configura o enfrentamento desses problemas a nível local, onde eles impactam o processo saúde-doença da população.

- **P10g** –“ alguns acidentes que tivemos importantes em relação a cerbatis, né a questão de culta no rio Paraíba, o próprio acidente recente da CSN que a gente é futuramente a gente pode ter ver o reflexo dessas dessas desses acidentes, enfim na na na população né, e tem as pontuais né, características dos municípios que são assim, municípios muito rurais, você tem muito problema com animais peçonhentos, escorpião, cobra, então isso não é uma coisa geral, mas a gente tem áreas importantes, é Pinheiral, Rio Claro, entendeu, é Pirafá mesmo, que tem uma área muito extensa, são existe uma área rural muito extensa né, então esses são, assim os problemas pontuais e tem os problemas que eu te falei que interfere em toda região, a questão do leito do rio, né que corta a região toda”.

7 - A Idéia Central é de que os problemas ambientais identificados são macros e gerados pelas indústrias da região, com a contaminação do o ar e a água.

A sétima e última idéia central identificada nos discursos é de que os problemas ambientais identificados são macros e gerados pelas indústrias da região, com a contaminação do o ar e a água. Só reconhece uma das dimensões dos problemas, o que

vai produzir ações da mesma espécie, ou seja, focadas na região. Presente somente no discurso dos gestores.

- **P11g** –“ uma região com grande número de indústrias, as maiores fontes de receitas aqui estão ligadas a indústria e agropecuária... então a gente tem grandes fontes poluidoras do ar e da água aqui, a gente pode citar aqui como principais industrias...elas são as principais poluidoras ...algumas inclusive ligadas a fabricação de pesticidas... e recentemente a gente teve um acidente sério aqui na região... teve uma mortalidade enorme no rio Paraíba de peixes e, inclusive não só peixes quem consome a água como Capivaras, garças, pássaros, toda essa população, de Resende até depois essas zona foi toda afetada por esse vazamento que aconteceu nessa indústria, então a gente tem problemas severos com relação a saúde ambiental”.

Tabela 5.3: identificação dos problemas ambientais. idéias centrais e expressões-chaves

Idéias Centrais	Expressões –Chaves
<p>1 – A Idéia Central de que os problemas ambientais identificados são os relacionados com o saneamento e causados pelas condições sócio-econômicas, mas sem identificação de doenças relacionadas a eles.</p>	<p>P1s – “A gente vê assim, muita precariedade, as pessoas tem problemas com com os rios, saneamento básico, então tem assim bastante essas coisas que a gente vê.... Assim, aqui a gente não, ainda não detectou assim sobre isso aí, alguma alguma doenças que tenha sido gerada através dessa desse problema”.</p> <p>P2s – “Tem um lago aqui pra cima, um riacho não sei, que ele não é cuidado, as pessoas pescam aqueles peixes dali, tem caramujo ao redor, tem muitas casas na beirada de barranco, você vê que foi desmatado, que foi mau planejado, tem todos os problemas ambientais assim, principalmente por ser um bairro de situação sócio-econômica baixa né”.</p>
<p>2 – A Idéia Central é de que os problemas ambientais identificados são os relacionados com o saneamento e causados pelas condições sócio-econômicas, mas com a identificação de doenças relacionadas a eles.</p>	<p>P3s – “...é bairro de periferia né, então assim, tem alguns é locais, mas aqui perto da unidade não tem, mas tem assim os locais mais afastados que tem aqueles problemas de saneamento, entendeu, que às vezes é esgoto aberto entendeu, aí isso acaba prejudicando, porque criança vai lá brinca, aí aparece aqui com micose, às vezes é ferimento na perna, devido a essa falta de estrutura entendeu”.</p>
<p>3 – A Idéia Central é de que os problemas ambientais identificados são gerados pela atitude da população (lixo) e pela industria CSN (poluição que gera problemas respiratórios).</p>	<p>P4s – “O lixo né. A população joga o lixo de qualquer maneira; é aqui é perto da CSN né. Nos temos os problemas da respiratórios que dão nas crianças, muito nas crianças. É eu acho que basicamente são esses dois problemas”.</p>

	<p>P5s – “Identificamos sim, mas é nós estamos com um agora aqui não sei se você reparou, do lado da nossa unidade um depósito de lixo que a comunidade despeja aqui... então isso tem incomodado bastante a gente e já foi retirado por duas vezes e a comunidade continua colocando, ... que falte alguma informação é pra essa comunidade pra reforçar isso a questão do ambiente ... processos que podem desencadear doenças, embora esteja aqui longe, talvez da casa de cada um mas compromete o bairro então eu acho que precisa ter mais informação em relação ao ambiente”. ... nós temos uma poluição também tem uma fábrica de cimento aqui perto que tem um pó branco que vem pra cá... porque saneamento básico tem, não temos assim nenhum problema, acho que Volta Redonda em si, de um modo geral acho que não tem problema e nessa periferia aqui a gente não enxerga isso.</p> <p>P7s – “não sei se entra, mas a gente tinha um problema que eles jogam lixo aqui... o lixo por causa dos ratos... da complicação da CSN”.</p> <p>P8s – .”O lixo que a gente tem aqui que está atrapalhando... o ambiente assim é ... a poluição ...aqui a gente ta bem pertinho de fábricas né, de fábrica de cimento, da CSN ali, e esse bairro aqui recebe muito muita poluição de lá...então isso a gente respira tudo isso, e aqui tem muita criança, muita gente com problema respiratório devido a essa poluição... da poluição da água né”.</p> <p>P13g –“ ar né, bom, ruim, deficiente.... o rio paraíba né, a gente tem que pensar nisso né, nessa nessa coisa toda... o próprio lixo né, das comunidades e aí eu acho que é a saúde da família trabalhar isso, a questão do ambiente...dengue”.</p>
<p>4 – A Idéia Central é de que os problemas ambientais identificados são gerados pela indústria (poluição que gera problemas respiratórios).</p>	<p>P6s – “Na região a gente tem a CSN que a entendeu, que a acredito que a, que a causa do dos maiores problemas respiratórios entendeu... doenças respiratória, ou seja, uma resfriado, gripe, sinusite, pneumonia então são estes tipos de afecções que a gente acaba encontrando... apesar Volta Redonda a gente tem um clima montanhoso, mas que é super favorecido entendeu, mas que infelizmente tem a poluição e com a CSN fica muito complicado”</p>
<p>5 – A Idéia Central é de que os problemas ambientais identificados são gerados pela atitude da população (lixo).</p>	<p>P9s – “nós temos é uma comunidade com sua má educação, jogando dejetos aí nas calçadas e tal então não é que a gente discuta o meio ambiente.... mas ambiente mesmo a gente não discute muito.”</p>
<p>6 – A Idéia Central é de que os problemas ambientais são de dois tipos, os causados pelos acidentes das indústrias da região e os pontuais ou locais, que decorrem da</p>	<p>P10g –“ alguns acidentes que tivemos importantes em relação a cerbatis, né a questão de culta no rio Paraíba, o próprio acidente recente da CSN que a gente é futuramente a gente pode ter ver o reflexo dessas dessas desses acidentes, enfim na na na</p>

<p>especificidade (municípios).</p>	<p>dos locais</p>	<p>população né, e tem as pontuais né, características dos municípios que são assim, municípios muito rurais, você tem muito problema com animais peçonhentos, escorpião, cobra, então isso não é uma coisa geral, mas a gente tem áreas importantes, é Pinheiral, Rio Claro, entendeu, é Piraí mesmo, que tem uma área muito extensa, são existe uma área rural muito extensa né, então esses são, assim os problemas pontuais e tem os problemas que eu te falei que interfere em toda região, a questão do leito do rio, né que corta a região toda”.</p> <p>P12g – “...merecia, estudos pra ver nexos são as afecções respiratórias né, tem um ”q” da incidência de prematuridade..., mas a prematuridade e a natimortalidade, seria uma coisa pra serem avaliadas também sobre o olhar ambiental.. As infecções respiratórias agudas”</p> <p>P12g – “.... pode sofrer e tem sofrido um aumento do índice pluviométrico pela falta de impermeabilizar, vai tacando asfalto e vai deixando a água bater e correr né, é aqui do não é uma questão de ta entupido ou não, é um volume de água muito maior... de contaminação de solo de uma determinada área da cidade...um local que se formou, um condomínio pequeno né, um loteamento, porém a anos que o vizinho do lado era a CSN, com um depósito de escória... foi observado a presença de algum líquido escorrendo vindo pra sargeta da rua aonde as crianças brincavam e aí é fizeram uma associação com a questão de algumas mulheres que tiveram e passaram por aborto etc”.</p>
<p>7 – A Idéia Central é de que os problemas ambientais identificados são macros e gerados pelas indústrias da região, com a contaminação do o ar e a água.</p>		<p>P11g –“ uma região com grande número de indústrias, as maiores fontes de receitas aqui estão ligadas a indústria e agropecuária... então a gente tem grandes fontes poluidoras do ar e da água aqui, a gente pode citar aqui como principais indústrias...elas são as principais poluidoras ...algumas inclusive ligadas a fabricação de pesticidas... e recentemente a gente teve um acidente sério aqui na região... teve uma mortalidade enorme no rio Paraíba de peixes e, inclusive não só peixes quem consome a água como Capivaras, garças, pássaros, toda essa população, de Resende até depois essas zona foi toda afetada por esse vazamento que aconteceu nessa indústria, então a gente tem problemas severos com relação a saúde ambiental”.</p>

Cabe destacar a falta de homogeneidade dos discursos, relacionada à identificação dos problemas ambientais por parte dos profissionais de saúde. Foram sete

idéias centrais identificadas em 13 entrevistas. Uma parte associou os problemas à ação da população, mais centrada numa perspectiva limitada e individual de estilo de vida, falta de educação. Em outros discursos, os problemas ambientais são identificados como produzidos pela empresas da região e, com isso, não podem ser modificados, somente identificados e aceitos.

A relação entre os problemas ambientais e os procedimentos de vigilância está presente na forma de operacionalizar a saúde ambiental no SUS, mas nos discursos das equipes, principais geradores de dados para a vigilância, os problemas são identificados como relacionados ao comportamento da população, ou também, identificada como uma fonte geradora, onde a saúde não apresenta nenhuma gerência sobre elas.

Os dados coletados pelas equipes não são identificados como informações relacionadas aos problemas ambientais por quem coleta. A vigilância somente foi citada nos discursos dos gestores, talvez porque ela não se materialize nas práticas das equipes, mas sim nas ações e deliberações dos gestores, o que pode traduzir uma falta de autonomia das equipes da saúde da família no posterior enfrentamento desses problemas.

5.2.3 – O enfrentamento dos problemas ambientais

Após a questão sobre a identificação dos problemas ambientais, o roteiro apresentava uma questão relacionada seu respectivo enfrentamento. Como são enfrentados pela equipe, questão respondida pela ESF. E, de como os gestores se articulam para o enfrentamento dos problemas identificados, questão respondida pelos gestores.

A concepção de que os problemas ambientais necessitam de uma abordagem intersetorial, transversal, no qual o sistema de saúde representa o papel de articulador, presente no instrumento que estrutura a PNSA(2007). Está associada de que o efeito desses problemas na saúde da população são locais e necessitam de ações pontuais, que representam na matriz de Corvalán (2000) o efeito.

Essa questão produziu a identificação de seis idéias centrais produzidas pelos treze discursos.

1 – A Idéia Central de que o enfrentamento é pelo diálogo nas ações locais e também pela procura de parceiros externos, está presente em quatro dos discursos das equipes da saúde da família.

Há a necessidade de agregar outras formas de olhar, para produzir ações relacionadas aos problemas ambientais. A equipe assume o papel de articulador para essas ações intersetoriais, porém, existe também uma articulação interna, ações locais para o enfrentamento dos problemas ambientais.

- **P1s** – “a gente sempre procura ta trazendo os problemas, ta falando e de um modo ou de outro a gente tenta né, ta solucionando assim essas coisas.... Precisa de auxílio. A gente ta sempre.... La pra fora procurando alguém que possa ta resolvendo”.

2 – A Idéia Central de que o enfrentamento é pela procura de parceiros externos.

Essa idéia está presente em um dos discursos da saúde da família e, restringe o papel da equipe a articular para encaminhar as questões até um nível hierárquico maior, porém nas práticas atuais da equipe ela não se materializa.

- **P3s** – “Depende aí da questão, tem questão que é a Zoonoses que tem que ta, que é a Zoonoses que tem que ta cuidando, tem coisa que é pra falar com a prefeitura, depende da situação, depende do caso”

3 – A Idéia Central de que o enfrentamento não existe por falta de participação da comunidade, que não está sensibilizada.

Esta idéia está presente, no discurso de um membro da equipe e de um gestor mostra - é de que este enfrentamento é dependente da participação da comunidade, que não está sensibilizada. Como se o pressuposto para existir uma ação é a participação ativa da comunidade, sem ela, mesmo que o problema fosse identificado pelos técnicos, às medidas somente serão tomadas se a comunidade exigir e participar.

- **P10g** – “a gente não teve nenhuma demanda de municípios para atuar é na nos problemas ambientais da região... uma sinalização de alguns municípios da gente ta atuando também na área ambiental né, principalmente na questão dos resíduos sólidos... os prefeitos da região, se eles quiserem eles sinalizam pra gente que a gente monta um projeto e faz isso.

4 – A Idéia Central de que o enfrentamento somente pelo diálogo, com o enfoque na mudança do estilo de vida, nas ações locais.

Essa idéia central esteve presente no discurso de dois membros da equipe da saúde da família e de um gestor. Esta idéia esta em consonância com o discurso da atenção primária em saúde (APS) e da atenção primária em saúde ambiental (APSA), que apresentam vários enfoques concomitantes. Porém, aqui, mais uma vez, observamos a abordagem restrita ao estilo de vida, presente também na questão relacionada à promoção de saúde.

- **P6s** – “a gente orienta, faz a medicação entendeu, é pessoas que moram perto da da da siderúrgica, a gente orienta a ta modificando, modificando o ar da casa, o ar ambiente entendeu, sempre fazendo a limpeza, entendeu, orientações nesse sentido”.

5 – A Idéia Central de que o enfrentamento por ações locais.

Essa idéia central é de que o enfrentamento ocorre por ações locais. Sem especificar, de como essas ações serão implantadas. É uma visão técnica de organização dos sistemas, as demandas das equipes, como ocorre. A organização do fluxo e das responsabilidades, presente em dois discursos um do gestor e outro da equipe.

- **P13g** – “os problemas são resolvidos dessa forma e muito muito diretamente né, com a coordenação de distrito né, a gente tem reuniões semanais com as gerentes das unidades, mas essas reuniões a gente tenta trabalhar nelas mais a questão temática, não muito aquela coisa de passar problema”.

6 – A Idéia Central de que o enfrentamento é pela mudança na organização da ESF, com a incorporação das endemias na estratégia pela ação dos ACS.

Essa idéia central presente em um dos discursos dos gestores, associa o enfrentamento a mudança na organização da ESF, com a incorporação das endemias na estratégia pela ação dos ACS. Tem sua fundamentação em uma experiência no município de Pirai, na questão da dengue. O que traduz uma visão restrita, tanto da abordagem ambiental quanto da organização do trabalho de equipe da ESF, no qual os problemas ambientais, (dengue) são de competência do Agente comunitário de saúde, que nessa proposta vai ter uma capacitação que o habilita como agente de endemias ou

seria simplesmente a incorporação dos agentes de endemias nas equipes para aproveitar a capilaridade da ESF.

Esta abordagem tem respaldo na produção científica, quando Ianni e quitério (2006) estudaram a atuação da ESF local em problemas do processo saúde- saúde-ambiente, que evoluam a dinâmica ambiental local e regional. Nesse estudo, a atuação dos agentes comunitários (ACS) de saúde está vinculada a práticas direcionada a identificação e coleta de dados para os indicadores vinculados a saúde ambiental. Apesar de não ser este o objeto do estudo, a atuação da equipe, no qual cabe ao ACS o enfrentamento das questões relacionadas ao meio ambiente. Porém, eles apresentam uma percepção sobre os fatores ligados ao saneamento, principalmente o lixo.

- **P10g** – “é o Município de Pirai, eles tem um trabalho lá que eles iniciaram eu não me lembro bem o ano, já deve ter uns 2 ou 3 anos que eles tão trabalhando e que foi incorporação dos agentes de endemias né na dentro das unidades de saúde da família, dentro das unidades que eles tem, eles hoje trabalham é é incorporados a essas equipes, aos agentes comunitários de saúde desenvolvendo principalmente as ações de dengue lá né”.

Tabela 5.4: enfrentamento dos problemas ambientais. Idéia central e expressão-chave

Idéias Centrais	Expressões-Chaves
1 – A Idéia Central de que o enfrentamento é pelo diálogo nas ações locais e pela também procura de parceiros externos.	<p>P1s – “a gente sempre procura ta trazendo os problemas, ta falando e de um modo ou de outro a gente tenta né, ta solucionando assim essas coisas.... Precisa de auxílio. A gente ta sempre.... La pra fora procurando alguém que possa ta resolvendo”.</p> <p>P2s – “Olha a gente tenta é entrar na casa deles e ensinar a parte de preservação, de conservação, porque é muito difícil né, aquela pessoa olha não importa esse barranco na sua casa, vai cair, e mais que quero construir eu quero, a gente tenta conscientizar e sempre que a gente vê alguma coisa a gente entra em contato com os órgãos competentes, no caso de de problema de infestação de algum parasita com a Zoonoses, no caso de lago entra com a Secretaria de Meio Ambiente (barulho de vozes) ou de obras... Quem faz o contato é o gerente do posto.”</p> <p>P4s – “O que nos podemos fazer aqui nos fazemos né. Mas se agente identifica algum foco de Dengue aqui, nos vamos falar com a coordenação e a coordenação então vai entrar em contato com o pessoal da zoonoses, pra poder vir aqui , pra fazer campanha, tudo isso né . agente basicamente passa pra diante”.</p>

	<p>P8s – “nós já fomos nos órgãos competentes pra poder né, retirar o lixo é arrumamos é ... pessoas também da comunidade que tirasse o lixo... nós temos de parceria pra esse trabalho a gente tem a associação de moradores , o grupo o conselho de gestor a o próprio grupo de convivência, que a gente quando vai detectar alguma coisa a gente conversa com eles... e os órgãos competentes mesmo que são normais né, que são zoonoses, epidemiologia, tudo a gente, feema também que é aqui... com um grupo de adolescentes e conseguimos que vai vir um rapaz pra ensinar eles a grafitar o muro, então nós vamos pintar o muro pra ver se o pessoal não põe o lixo lá perto do muro”.</p>
<p>2 – A Idéia Central de que o enfrentamento é pela procura de parceiros externos.</p>	<p>P3s – “Depende aí da questão, tem questão que é a Zoonoses que tem que ta, que é a Zoonoses que tem que ta cuidando, tem coisa que é pra falar com a prefeitura, depende da situação, depende do caso”.</p>
<p>3 – A Idéia Central de que o enfrentamento não existe por falta de participação da comunidade, que não está sensibilizada.</p>	<p>P5s – “...eu não vejo nenhuma ação da comunidade.... porque aqui tem uma tem um problema que eu tenho em relação a montar o conselho gestor, eu não consigo, essa comunidade é um pouco fragmentada... o segmento usuário, aqui nós temos definido o segmento gestor, o segmento representante dos profissionais de saúde, temos definido os representantes dos usuários mas não comparecem a reunião e a associação de moradores que seria uma outra parceria também não conseguimos envolver ... nós teríamos que sensibilizar a associação de moradores, eu penso que isso vai partir de dessa sensibilização, tem que envolver a comunidade na resolução desse problema, então senão isso fica parecendo que o problema é só nosso”.</p> <p>P10g – “a gente não teve nenhuma demanda de municípios para atuar é na nos problemas ambientais da região... uma sinalização de alguns municípios da gente ta atuando também na área ambiental né, principalmente na questão dos resíduos sólidos... os prefeitos da região, se eles quiserem eles sinalizam pra gente que a gente monta um projeto e faz isso.</p>
<p>4 – A Idéia Central de que o enfrentamento somente pelo diálogo, com o enfoque na mudança do estilo de vida, nas ações locais.</p>	<p>P6s – “a gente orienta, faz a medicação entendeu, é pessoas que moram perto da da da siderúrgica, a gente orienta a ta modificando, modificando o ar da casa, o ar ambiente entendeu, sempre fazendo a limpeza, entendeu, orientações nesse sentido”.</p> <p>P7s –“ a gente procura primeiro com a procura parcerias aqui com a associação de moradores porque eles são o elo... pra poder ta conscientizando os moradores do risco de tá jogando o lixo... a gente trabalha em parceria com as escolas pra poder ta chegando na no público.... quem ta mais a frente com a comunidade somos nós agente de saúde, então a gente é que faz as orientações, aí quando tem alguma resistência a gente traz pra na reunião de equipe pra ta</p>

	<p>discutindo com alguns enfermeiros e com a nossa supervisora direto”.</p> <p>P12g – “a gente fica meio fora, será que poder ser, mas a gente não trás isso muito pra dentro... em nenhum momento... numa unidade nossa que se chama Padre Josino, talvez ali tenha algum trabalho... por fator biológico, porque ali tem uma reserva de mata... tem transmissão pra leshimaniose...talvez o pessoal nem se ligue...ele esta fazendo uma fala ambiental... o lixo e tal pra facilitar a aproximação de roedores da mata pra cá, após você chegar lá na casa e na casa do cachorro dorme o gambá...mais por uma demanda da doença em si, da situação”.</p>
<p>5 – A Idéia Central de que o enfrentamento por ações locais.</p>	<p>P9s – “mas a gente tem que tomar determinadas medidas pra que este tipo de coisa não ocorra”</p> <p>P13g – “os problemas são resolvidos dessa forma e muito muito diretamente né, com a coordenação de distrito né, a gente tem reuniões semanais com as gerentes das unidades, mas essas reuniões a gente tenta trabalhar nelas mais a questão temática, não muito aquela coisa de passar problema”.</p>
<p>6 – A Idéia Central de que o enfrentamento é pela mudança na organização da ESF, com a incorporação das endemias na estratégia pela ação dos ACS.</p>	<p>P10g – “é o Município de Piraí, eles tem um trabalho lá que eles iniciaram eu não me lembro bem o ano, já deve ter uns 2 ou 3 anos que eles tão trabalhando e que foi incorporação dos agentes de endemias né na dentro das unidades de saúde da família, dentro das unidades que eles tem, eles hoje trabalham é é incorporados a essas equipes, aos agentes comunitários de saúde desenvolvendo principalmente as ações de dengue lá né”.</p>

O enfrentamento dos problemas ambientais no discurso das equipes demonstra que ele é focal, realizado pela prática local no território de atuação da equipe da ESF. A busca por parcerias externas a saúde é um procedimento hierarquizado, onde já que existe um fluxo a ser respeitado de evolução do enfrentamento, e suas respectivas parcerias externas possíveis, que não é determinado pelas equipes da ESF e não é competência da equipe a modificação desse fluxo. O procedimento é desencadeado pelo Distrito Sanitário.

Com relação à divisão do trabalho na equipe, os problemas ambientais apesar de complexos e abrangentes tem a sua identificação na competência dos ACS. Os procedimentos que advém da identificação, relacionados ao enfrentamento, são resolvidos em instâncias hierárquicas mais elevadas. Não foi identificada nos discursos

uma homogeneidade das equipes e nem dos gestores, a diversidade das idéias centrais e dos discursos traduzem este fato, bem como a integração das ações por diversos setores.

5.2.4 – Capacitação e troca de experiências

A capacitação é um elemento primordial na formação do profissional para atuar dentro da abordagem ampliada da saúde, principalmente porque o quadro de formação tradicional do profissional não aborda a saúde num contexto ampliado, que permita a construção do trabalho em equipe e de uma forma de atuação interdisciplinar e intersetorial. A qualificação desse profissional necessita de um sistema integrado, onde o fluxo de informação permita a troca de experiências e com isso, ultrapasse a forma focal de atuação das equipes. É considerado um dos grandes desafios da saúde da família, qualificar os recursos humanos para atuar de maneira diferente da sua formação tradicional da graduação.

A capacitação é tratada com destaque tanto na PNSA (2007), como na PNPS (2006). Porém, quando ela foi identificada nos discursos, não apresentou consonância com a proposta das nas Políticas da área de saúde, já que abordou somente temas específicos, da relação exposição, adoecimento ou teve uma abordagem geral do funcionamento do programa, onde houve uma citação do ambiente incluído em outros contextos.

As questões foram somente para os membros das equipes (p1s e P9s), que buscaram produzir discursos sobre a capacitação e a trocas de experiências, solicitaram uma descrição do conhecimento sobre a atuação de outras equipes do município ou da região e, os problemas enfrentados por elas; a Descrição da participação em algum encontro regional para troca de experiência ou capacitação em relação ao enfrentamento da questão ambiental na saúde.

Apesar dessa questão não ter sido apresentada aos gestores, em um dos discursos ela se fez presente. Portanto, houve a produção de 6 idéias centrais retiradas dos dez discursos que abordavam capacitação e troca de experiências.

1 – Idéia Central de que o ambiente foi abordado de maneira geral com outras questões da saúde. Esteve presente somente em um dos discursos. Revela uma abordagem sem profundidade, inespecífica da relação ambiente-saúde.

- **P1s** – “Participamos... Nesse foi falado, teve parte de meio ambiente, de saúde, foi falado assim no geral, o que fala sobre saúde e teve tudo”

2- Idéia Central: desconhece e/ou não ter participado.

Foi a mais prevalente nos discursos das equipes. Esteve presente em cinco dos dez discursos, onde duas vertentes emergem: a primeira pressupõe que existe uma deficiência na capacitação da equipe para abordar a questão ambiental na saúde e, a segunda pressupõe que a capacitação e troca de experiência, quando existe, é fragmentada, seletiva, não atingindo toda a equipe.

- **P7s** – “Questão ambiental da saúde, da saúde não, não.”

3 - A capacitação consiste no curso básico, a única questão incluída ligada ao meio ambiente foi a Dengue e/ou tabagismo.

Corroborava com a idéia central anterior no sentido de não identificar uma abordagem da questão ambiental no processo saúde-doença. Aqui aparece como uma patologia de grande impacto social, já que foi responsável por algumas epidemias nos últimos anos, mas não há relato sobre ações de incentivo a troca de experiência entre as equipes.

- **P4s** – “Esse ano, no início do ano. Nós tivemos uma capacitação né. Mas eu nunca participei de nada, nenhuma capacitação em que houve troca de experiência ou alguma coisa nesse sentido aqui na região do médio paraíba ou mesmo com o município. Normalmente é aquele curso básico né. Ou as vezes ocorre também, como ocorreu no início do ano sobre a dengue, né, com o enfrentamento, na época do verão mas é não pra trocar experiências não.”

4 - Idéia Central: A capacitação consistiu no enfrentamento da dengue, na perspectiva de diagnóstico e tratamento, para uma parte da equipe (médicos e enfermeiras).

Esta idéia central retirada de um dos discursos demonstra o aspecto seletivo do processo de capacitação e também uma abordagem centrada somente na doença, não agregando os fatores determinantes e condicionantes, importante foco de atuação da atenção básica.

- **P6s** – “participando de um curso sobre sobre dengue né, diagnóstico, tratamento e suas implicações, a gente sabe que é ... a dengue tá muito

relacionada a questão ambiental... só do município... Foi médicos, enfermeiros”.

5 - A capacitação abordou o tabagismo como problema ambiental e, foi oferecida para uma parte da equipe (médicos e enfermeiras).

Apresenta o mesmo pressuposto da idéia anterior, aqui se modifica o objeto. O tabagismo, um dos fatores de risco mais efetivo no desenvolvimento de morbidades. Contudo nenhum relato de troca de experiência para o enfrentamento dos problemas.

- **P8s** – “A única que eu participei a pouco tempo foi sobre o tabagismo né, e tem a ver com o ambiente... foi enfermeiras e médicos do PSF... uma capacitação pra gente poder né, fazer o nosso grupo em cada unidade... foi pra região... Tinha pessoas de vários municípios”.

6 - A vigilância em saúde foi utilizada para apresentar experiências sobre a questão ambiental na saúde.

Está presente no discurso do gestor sem o questionamento específico. Contradiz com as outras idéias, já que identifica a realização de um seminário regionalizado. Contudo podemos inferir que esta ação foi restrita aos gestores municipais, ficando as equipes excluídas do processo, já que em nenhum dos discursos das equipes este seminário foi citado.

- **P10g** – “desde 2007 se eu não me engano, nós fizemos um seminário... com os municípios focado nesse conceito da vigilância em saúde... é um seminário né foi regionalizado, seminário regional, em que a gente teve a oportunidade de apresentar pra os municípios essa essa experiência, pelo menos essa foi um momento que a gente aproveitou para apresentar essa experiência, naquela ação”. (experiência de Piraí).

Tabela 5.5: Capacitação e troca de experiências. Idéias centrais e expressões-chaves.

Idéias Centrais	Expressões –Chaves
1 - O ambiente foi abordado de maneira geral com outras questões da saúde.	P1s – “Participamos... Nesse foi falado, teve parte de meio ambiente, de de saúde, foi falado assim no geral, o que fala sobre saúde e teve foi tudo”
2 - Não participou ou não identificou nenhum encontro	P2s – “Não foi, teve um novo agora eu não sei como é que foi no outro curso, mas no meu não, não teve

<p>com essas características</p>	<p>nada”.</p> <p>P3s – “...que eu me lembre não, porém vão fazer 4 anos que eu peguei o certificado, eu fiz vários cursos, não sei, eu não to me lembrando no momento, mas posso ter feito.</p> <p>P5s – “Muito pouco eu não participo de quase nada... Eu não me lembro não”.</p> <p>P7s – “Questão ambiental da saúde, da saúde não, não.”</p> <p>P9s – “Não, eu nunca participei”.</p>
<p>3 - A capacitação consistiu no curso básico, a única questão incluída ligada ao meio ambiente foi a Dengue.</p>	<p>P4s – “Esse ano , no início do ano. Nós tivemos uma capacitação né. Mas eu nunca participei de nada, nenhuma capacitação em que houve troca de experiência ou alguma coisa nesse sentido aqui na região do médio paraíba ou mesmo com o município. Normalmente é aquele curso básico né. Ou as vezes ocorre também, como ocorreu no início do ano sobre a dengue, né, com o enfrentamento , na época do verão mas é não pra trocar experiências não.”</p>
<p>4 - A capacitação consistiu no enfrentamento da dengue na perspectiva de diagnóstico e tratamento, para uma parte da equipe (médicos e enfermeiras).</p>	<p>P6s – “participando da de um curso sobre sobre dengue né, diagnóstico, tratamento e suas implicações, a gente sabe que é ... a dengue ta muito relacionada a questão ambiental... só do município.... Foi médicos, enfermeiros”.</p>
<p>5 - A capacitação abordou o tabagismo como problema ambiental e foi oferecida para uma parte da equipe (médicos e enfermeiras).</p>	<p>P8s – “A única que eu participei a pouco tempo foi sobre o tabagismo né, e tem a ver com o ambiente... foi enfermeiras e médicos do PSF... uma capacitação pra gente poder né, fazer o nosso grupo em cada unidade... foi pra região... Tinha pessoas de vários municípios”.</p>
<p>6 - A vigilância em saúde foi utilizada para apresentar experiências sobre a questão ambiental na saúde.</p>	<p>P10g – “desde 2007 se eu não me engano, nós fizemos um seminário... com os municípios focado nesse conceito da vigilância em saúde... é um seminário né foi regionalizado, seminário regional, em que a gente teve a oportunidade de apresentar pra os municípios essa essa experiência, pelo menos essa foi um momento que a gente aproveitou para apresentar essa experiência, naquela ação”. (experiência de Pirai).</p>

Um ponto a agregar na análise dos discursos produzidos sobre a capacitação e troca de experiências, é a grande rotatividade presente nas equipes da saúde da família, com um número considerado de profissionais formados recentemente, com isso, a

participação em capacitação e troca de experiência tem uma relação direta com o tempo de inserção na estratégia, bem como, a questão relacionada à capacidade de lembrança individual da participação. Essa foi uma das questões relativa à identificação dos entrevistados e, teve como resposta prevalente dois anos de inserção na estratégia. O tempo de formação do profissional não foi abordado.

5.3 - Território na Saúde

As questões presentes no roteiro que proporcionaram a confecção de discursos relacionados ao território na saúde, para as equipes da saúde da família, foram as que abordaram a forma organizacional da equipe para atuar nos problemas detectados e a descrição do conhecimento sobre a atuação de outras equipes.

O embasamento teórico que permitiu a utilização dessas questões para analisar o território na saúde esteve presente no estudo de Pereira e Barcellos (2006), quando estudaram o território na ESF. Os autores destacaram que um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF é a territorialização.

No trabalho da ESF, o território apresenta três sentidos diferentes: de demarcação de limites de área de atuação; de reconhecimento do ambiente com a respectiva análise da população e dinâmica social; e o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços. Contudo, os autores destacam o trabalho de Pedrosa e Teles (2001), que conclui após um levantamento realizado por entrevistas com os técnicos da ESF, na percepção da equipe o território aparece como um depositário de atributos da população. As equipes vêem a comunidade como um aglomerado “amorfo, indistinguível e desorganizado.”.

A abordagem do território no roteiro dos gestores foi pela inclusão de questões relativas ao planejamento, relacionado à construção de práticas adequadas para o enfrentamento dos problemas ambientais.

Nos treze discursos identificamos sete idéias centrais, onde as mais prevalentes foram as de número um com dois discursos das equipes e um do gestor e, a de número seis que a estava presente em dois discursos dos gestores e um da equipe.

Outro ponto a ser destacado é que a mesma idéia central foi identificada em várias partes de um mesmo discurso, por expressões-chaves distintas. O que pressupõe uma base estruturada dessa idéia central no discurso.

1 – A idéia central de que o território é a área de ação de uma equipe da ESF.

Essa idéia central traduz a prática da ESF de operacionalizar o conceito de território, sem uma discussão sobre os seus múltiplos sentidos, como foi abordado pelo trabalho de Pereira e Barcellos (2006), que reviu o conceito de território dentro da ESF.

Essa idéia central também tem uma relação com a compreensão do território como um espaço político-operativo do sistema de saúde, onde é realizada a interação entre a população e os serviços, no nível local. Ele se caracteriza por apresentar uma população específica, com problemas de saúde definidos, vivendo em tempo e espaço determinados e que interage com os gestores das unidades prestadoras de serviço. Com isso, o território apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza e também determina a sua permanente construção. (MONKEN E BARCELLOS, 2005).

- **P1s** – “ igual no meu setor, igual eu já te falei, são muitos diabéticos, a gente ta procurando diabéticos e hipertensos... via que eles fazem de maneira diferente, aqui a gente faz de um jeito, lá eles fazem de outro, cada cada cada PSF é de um jeito”.

2 – A Idéia central de que o território é uma determinação socioeconômica.

Caracterizar o território como uma determinação socioeconômica é retirar dele toda a possibilidade de uma compreensão dos problemas e das práticas de enfrentamentos.

Essa idéia representa uma simplificação do conceito. Santos (2002) definiu o território como um “*conjunto indissociável de sistemas de ações e objetos*”. A materialidade desses objetos, tanto naturais, quanto elaborados tecnicamente, e ainda, os eventos da vida, precisam estar situados no espaço e no tempo. Esses objetos, através de sua história, da forma como são produzidos e se modificam, são considerados um instrumental para a vida, tal como uma cidade, estradas, portos entre outros.

Este enfoque amplo do conceito de território permite o entendimento do processo saúde-doença e de suas respectivas práticas de enfrentamento, já que é no território, onde ocorrem às práticas e a avaliação do impacto dos serviços sobre os

níveis de saúde dessa população, como também, o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população. (MONKEN E BARCELLOS, 2005).

- **P3s** – “é bairro de periferia né...”

3 – A idéia central de que as características do território são as mesmas e não existem diferenças também em relação às pessoas.

Essa idéia central também reflete a abordagem ainda hegemônica do território na saúde, talvez influenciada pela necessidade de padronizar as ações. Apesar da equipe da ESF representar uma forma de abordagem da saúde no local, e muitas vezes não ter nas suas ações, nenhuma relação com os outros níveis hierárquicos, ou com as situações vividas por outras equipes. Esta idéia central tem uma influência na orientação da organização da ESF pelo Ministério da Saúde, onde a variável da delimitação de uma área de atuação é a de quantidade de pessoas. Também reflete a pressuposto da época da implantação do Programa de Saúde da Família, de ser uma estratégia direcionada para os extratos sociais mais baixos.

- **P7s** – “Eu moro aqui no Siberlandi, a questão o bairro é muito grande então é próximo ao Jardim Belmonte também, a o PSF do Jardim Belmonte é próximo a minha casa, o que a gente observa é que a o modo de atuação é o mesmo é padrão, é unifo é uniforme, cada um a gente tem um segue um critério e (barulho de vozes), a gente trabalha da mesma forma... Geralmente sim, porque igual eu converso eu tenho amizade com as meninas com as outras agentes de saúde, sempre é a mesma coisa, assim no geral sempre são os mesmos problemas, assim as crianças, a família que a são bairros carentes então a alimentação, mão tem uma alimentação adequada, entendeu, então em geral é” sempre a mesma coisa.

4 – A idéia central de que o profissional de saúde não pertence ao território onde trabalha somente a comunidade pertence a ele.

Essa idéia central também se contrapõe ao conceito de território trabalhado por Santos (2002), demonstrando a fragilidade da abordagem da ESF que é centrada no território, mas ele trabalha de maneira simplista não observando todas as inter-relações presentes e, que potencialmente interferem na compreensão do processo saúde-doença e, portanto, na efetividade do sistema de saúde.

Com isso o profissional de saúde não se reconhece como parte do território, então os problemas enfrentados são da população e não deles, favorecendo também uma visão de culpabilização da população na geração dos problemas.

- **P5s** – “...chamar a atenção da comunidade que isso não é certo, que o problema é deles, que a gente vem pra cá a gente fica só o período de trabalho mas eles fica aí a semana inteira o tempo inteiro, então assim, tipo um manifesto, mas no sentido de alertá-los pra questão ambiental”.

5 – A idéia central é o território como região, integrando os municípios que trabalham somente em uma óptica local.

Essa idéia central vem corroborar com um principio inserido desde a da criação do SUS, de que ele seria um sistema descentralizado, regionalizado, hierarquizado. A regionalização ganhou força depois de uma tendência da descentralização das ações de saúde, que proporcionou uma competição entre os municípios por recursos e, conseqüentemente, influenciou no processo de fragmentação das ações de saúde.

Esse processo proporcionou o desenvolvimento de inovações nas práticas de saúde advindas da maior autonomia dos municípios, mas por outro lado, contribuiu na fragmentação das ações e para a competição por recursos entre municípios, principalmente de uma mesma região. Teixeira (2002) discutiu em seu estudo essa vertente quando abordou o processo de regionalização incentivado pela NOAS (2001), que iniciou um movimento contrário que aumenta a relação entre os municípios na organização das ações de saúde, principalmente assistenciais, numa óptica regional, o que possibilita uma maior abrangência das ações de saúde, bem como uma otimização dos recursos.

P10g –“ pra trabalhar na lógica regionalizada né, então o médio Paraíba... sob a responsabilidade desse núcleo estão 12 (doze) municípios.. com os municípios é focado nesse conceito da vigilância em saúde, né a gente vem trabalhando isso aos poucos com eles ... na hora que a gente vai fazer as pactuações né da vigilância da saúde...a atenção básica, ou na supervisão dessas pactuações são oportunidades que a gente vem trabalhando dessa forma”.

6 – A idéia central é de que existe uma percepção de dependência da cidade para com a CSN e, por isso os problemas gerados por ela são consentidos.

Esta idéia central apresenta consonância com que Santos (2002) e Monken e Barcellos (2005) apresentaram em seus estudos. O conceito de território orienta a

articulação teórica entre as categorias, que permitem uma análise de como se constitui o território e da organização social presente neste território. Neste contexto, as regras e recursos para a utilização do território são apropriados pela população nas práticas sociais da vida cotidiana.

Por isso, existe a percepção da CSN como principal fonte de impactos ambientais para a cidade, por outro lado, também temos um pacto social, no qual a sociedade permite a ação da companhia, por considerar como um importante elemento de sua organização.

- **P13g** – “porque assim a gente tem um um um uma cultura da da da população muito interessante né, se vê um monte de carro poluindo a cidade, você vê um monte de de de de questões assim, é que deveria gerar algum tipo de reclamação, algum tipo de questionamento e as pessoas não questionam, elas questionam muito a saúde, a não tem isso não tem aquilo”;

7 – A idéia Central onde o território é entendido como sinônimo de unidade de saúde e, promove uma divisão do município de acordo com a sua localização espacial, tendo como referencia o Rio Paraíba do Sul (margem direita e esquerda).

Essa idéia central traduz a escala geográfica operativa da territorialização, discutida por Monken e Barcellos (2005), onde temos diferentes níveis no espaço da vida cotidiana, que compreende o domicílio (atuação da ESF), unidades de saúde ligadas à atuação dos distritos sanitários e os territórios comunitários que seriam de abrangência dos municípios. O ponto negativo é quando essa divisão reduz o conceito de espaço, para a forma meramente administrativa, o que tem por consequência, uma visão limitada do território e dos fatores que condicionam e determinam à saúde da população inserida neste território, o que vai impactar no enfrentamento dos problemas de saúde e na organização das práticas dos serviços de saúde direcionados a esta população.

- **P13g** – “no distrito uma área técnica né, e essa área técnica ela trabalha junto com os programas... é a gente tem hoje dois distritos em Volta Redonda, temos 61 equipes de saúde da família, 42 unidades, 9 básicas e o restante todo unidade de saúde da família e hoje a gente tem duas coordenações, uma do distrito norte ao qual eu pertencço e uma do distrito sul, trabalhando diretamente com a superintendência da assistência a saúde né, então hoje a gente tem é uma autonomia mesmo de distrito, não só como território né, mas de distrito enquanto é é a questão epidemiológica né”.

Tabela 5. 6: território na Saúde. Idéias Centrais e Expressões-chaves.

IDÉIAS CENTRAIS	EXPRESSÕES-CHAVES
<p>1 – A idéia central de que o território é a área de ação de uma equipe da ESF.</p>	<p>P1s – “ igual no meu setor, igual eu já te falei, são muitos diabéticos, a gente ta procurando diabéticos e hipertensos... via que eles fazem de maneira diferente, aqui a gente faz de um jeito, lá eles fazem de outro, cada cada cada PSF é de um jeito”.</p> <p>P2s – “é falta de interesse... porque a população tem é uma falta de interesse mas devido a cultura, porque o interessante pra ela é a consulta médica, ela acha que vir aqui participar de um grupo de educação em saúde não vale a pena, se falar pra ela que é uma consulta ela vem, agora se falar é um grupo, já não tem tanto interesse, eles não entendem essas parte de prevenção.”</p> <p>P2s – “mas a gente não tem é integração assim, eu não sei o que se passa na outra unidade, o problema dele, a gente sabe porque tem colega que ta na outra unidade e com problema assim, que que eu posso fazer , mas fora isso”.</p> <p>P12g – “quando você trabalha com grandes volumes de atendimento, então assim de uma forma geral, talvez essas duas pontas pra ser olhada dessa forma, você pensando só no micro ambiente como devia né, a casinha dele, o que ele tem dentro da casa, as pessoas que tem no entorno, se tem fumante, se não tem, não sei que, não sei que, isso respiratório, seja pro idoso, seja pra criança, e a questão de ter também respondido questões de acesso a serviço pra essa parte vascular se você tem respondido”.</p>
<p>2 – A Idéia central de que o território é uma determinação socioeconômica.</p>	<p>P3s – “é bairro de periferia né...”</p>
<p>3 – A idéia central de que as características do território são as mesmas e não existe diferenças também em relação as pessoas.</p>	<p>P4s – “a gente sabe por conhecer os profissionais né, por ser amigo ou freqüentar os mesmo lugares, que os problemas normalmente vão sendo os mesmos né. Não temos diferença entre as pessoas não.</p> <p>P7s – “o agente de saúde nós trazemos os problemas da nossa área, cada um tem a micro-área a gente traz problemas tanto social como é até mesmo de não só familiar, né e traz pra equipe pra ser discutido aqui, fora os dados estatística que o Ministério precisa pra poder ta fazendo né.”</p> <p>P7s – “Eu moro aqui no Siberlandi, a questão o bairro é muito grande então é próximo ao</p>

	<p>Jardim Belmonte também, a o PSF do Jardim Belmonte é próximo a minha casa, o que a gente observa é que a o modo de atuação é o mesmo é padrão, é unifo é uniforme, cada um a gente tem um segue um critério e (barulho de vozes), a gente trabalha da mesma forma... Geralmente sim, porque igual eu converso eu tenho amizade com as meninas com as outras agentes de saúde, sempre é a mesma coisa, assim no geral sempre são os mesmos problemas, assim as crianças, a família que a são bairros carentes então a alimentação, mão tem uma alimentação adequada, entendeu, então em geral é” sempre a mesma coisa.</p>
<p>4 – A idéia central de que o profissional de saúde não pertence ao território onde trabalha somente a comunidade pertence a ele.</p>	<p>P5s – “normalmente quem traz o problema é o agente comunitário de saúde que traz e envolvida a equipe, às vezes as 3 (três) equipes por que aqui nós trabalhamos com 3 (três) equipes no momento da reunião e ... é discutido né o que que tá acontecendo com essa família, que ações dentro do no da nossa competência a gente pode atuar e identificar aquelas que precisam de um encaminhamento”</p> <p>P5s – “...chamar a atenção da comunidade que isso não é certo, que o problema é deles, que a gente vem pra cá a gente fica só o período de trabalho mas eles fica aí a semana inteira o tempo inteiro, então assim, tipo um manifesto, mas no sentido de alertá-los pra questão ambiental”.</p>
<p>5 – A idéia central é o território como região, integrando os municípios que trabalham somente em uma óptica local.</p>	<p>P10g –“ pra trabalhar na lógica regionalizada né, então o médio Paraíba... sob a responsabilidade desse núcleo estão 12 (doze) municípios.. com os municípios é focado nesse conceito da vigilância em saúde, né a gente vem trabalhando isso aos poucos com eles ... na hora que a gente vai fazer as pactuações né da vigilância da saúde...a atenção básica, ou na supervisão dessas pactuações são oportunidades que a gente vem trabalhando dessa forma”.</p> <p>P10g – “...foi a conferência de saúde ambiental... eu digo que foi um momento importante porque a gente conseguiu se articular...com os conselhos né municipais de saúde, do ambiente, de obras dos municípios né e ONGs e então nós conseguimos um agregado, bem assim de uma amplitude que a gente nem esperava... a conferência foi construída a partir desse agregado, dessas instâncias, dessas pessoas e e as discussões foram bastante proveitosas né, e desse momento até saiu que a gente tem um grupo de trabalho a partir desse</p>

	<p>grupão, né que a gente teve oportunidade de trabalhar junto”.</p> <p>P10g – “ tem problemas assim são que ele interfere basicamente na região toda, a questão do rio Paraíba do Sul... e tem as pontuais né, características dos municípios”.</p> <p>P11g – “nós termos uma região que tem como característica é ser uma região com grande número de indústrias,.. articulação entre os municípios é se exatamente, se juntarem, unirem forças e otimizarem recursos”.</p>
<p>6 – A idéia central é de que existe uma percepção de dependência da cidade para com a CSN e, por isso os problemas gerados por ela são consentidos.</p>	<p>P12g – “como eu disse a você é uma cidade pequena, é uma cidade historicamente ela é industrial, é uma cidade que a empresa CSN poderosa e foi construída, não tinha adensamento populacional, aonde ela foi inserida né, estabelecida, foi com estudo, então tudo que foi construído no entorno dela que pertencia a ela, que hoje não pertence mais grande parte...a cidade hoje é no entorno, mas quando ela veio não tinha esse grande entorno... mas uma coisa consentida né, porque ali, dali eu tiro meu sustento né, então eu entendo que ela é é ela é poluidora mas eu aceito e vou varrendo o meu quintal três vezes por dia eu limpo a minha casa né e tudo”.</p> <p>P13g – “porque assim a gente tem um um um uma cultura da da da população muito interessante né, se vê um monte de carro poluindo a cidade, você vê um monte de de de questões assim, é que deveria gerar algum tipo de reclamação, algum tipo de questionamento e as pessoas não questionam, elas questionam muito a saúde, a não tem isso não tem aquilo”;</p> <p>P6s – “Na região a gente tem a CSN que a entendeu... apesar Volta Redonda a gente tem um clima montanhoso, mas que é super favorecido entendeu, mas que infelizmente tem a poluição e com a CSN fica muito complicado.”</p>
<p>7 – A idéia Central onde o território é entendido como sinônimo de unidade de saúde e, promove uma divisão do município de acordo com a sua localização espacial tendo como referencia o Rio Paraíba do Sul (margem direita e esquerda).</p>	<p>P13g – “fazer essa otimização territorial de norte e sul, e a gente conseguiu e e caminhar junto é fazer, constituir a área técnica do distrito... Ela é a ponta né, ela não é o nível central,... a primeira coisa que nós fizemos foi reorganizar os territórios, porque a gente teve uma expansão muito rápida em Volta Redonda, nós saímos de 11 unidades e fomos pra na época trinta e poucas e foi crescendo, crescendo então esses territórios eles começaram a esbarrar, aquela coisa tranquila né, que você vê</p>

mesmo quando cresce a estratégia, então ano passado quando a gente conseguiu mapear o norte e o sul, definir porque foi dividido pelo rio né, margem esquerda e margem direita e a gente conseguiu tirar dois distritos”.

P13g – “no distrito uma área técnica né, e essa área técnica ela trabalha junto com os programas... é a gente tem hoje dois distritos em Volta Redonda, temos 61 equipes de saúde da família, 42 unidades, 9 básicas e o restante todo unidade de saúde da família e hoje a gente tem duas coordenações, uma do distrito norte ao qual eu pertence e uma do distrito sul, trabalhando diretamente com a superintendência da assistência a saúde né, então hoje a gente tem é uma autonomia mesmo de distrito, não só como território né, mas de distrito enquanto é é a questão epidemiológica né”.

5.4 - Estratégia de Saúde da Família.

As atribuições das práticas das equipes da ESF, que gesta na fundamentação teórica, está centrada na habilidade para a identificação dos problemas de saúde prevalentes e nas situações de risco, ao qual a população cadastrada está exposta. Elaborar com a participação da comunidade um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados. (BRASIL, 2000).

Nos discursos das equipes e dos gestores identificamos que a demanda da equipe para o enfrentamento dos problemas é feita a partir do trabalho do ACS, que identifica os problemas na comunidade e, representa o elo entre a equipe e a comunidade cadastrada e assistida. Na divisão do trabalho em equipe da ESF com relação à identificação dos problemas ambientais, existe uma percepção que representa uma competência específica dos ACS.

O roteiro da entrevista com as equipes da ESF possibilitou a produção de discursos que apresentaram idéias centrais distintas e diversificadas, com relação aos

temas de organização e prática efetiva da equipe, onde destacam a idéia de que o trabalho da equipe está estruturado pela demanda dos ACS, que tem como função a identificação dos problemas que afligem a comunidade cadastrada.

A atuação da equipe não é livre como descrito na portaria sobre a estratégia, mas segue uma estrutura de oferecimento de ações de maneira vertical, segundo orientação organizativa do próprio MS.

Alguns pontos identificados no discurso que comprometem o trabalho de equipe e, conseqüentemente, a prática das equipes numa perspectiva de atenção a saúde. A grande rotatividade entre os membros da equipe, principalmente médicos e enfermeiros, podendo causar dificuldades na continuidade de algumas ações da equipe ligadas a promoção de saúde; a adaptação dos médicos a uma demanda diferenciada da clinica, o que pressupõe uma adaptação para uma atuação diferenciada.

As equipes enfrentam os problemas com ações direcionadas a comunidade, sem uma inter-relação formal com ações desenvolvidas por outras equipes do município ou da região. Existe uma lacuna sobre as práticas desenvolvidas por equipes do município, como também de outros municípios da mesma região, o que influencia na percepção de que apesar das diferenças dos lugares, a população e os problemas são semelhantes.

Em relação à integralidade das ações da ESF, quando da necessidade de um encaminhamento a uma instância maior, não existe autonomia da equipe para a escolha de parceiros, apesar de estar presente no discurso do gestor que essa autonomia vem crescendo nos últimos anos, e atribuem esse crescimento a organização da atenção básica no município por distritos sanitário norte e sul. Outro fator limitante, identificado no discurso é a dicotomia entre a forma organizacional da rede e a da ESF, que por não estarem interligadas dificultam a adoção de práticas integrada.

A idéia central hegemônica nas leis e normas que regem a ESF, que é dele representar o principal instrumento da atenção básica, que tem por objetivo melhorar o bem estar da população assistida, foi contestada em um dos discursos que apresentou a idéia central, de que a estratégia não produziu melhoria nos indicadores da região.

1 – A idéia central de que o trabalho em equipe é estruturado a partir da demanda trazida pelo ACS.

Essa idéia central mostra o fluxo organizativo do enfrentamento dos problemas pela equipe da ESF. A divisão do trabalho dentro da equipe e demonstra uma padronização e hierarquização em relação à escolha da estratégia utilizada para o

enfrentamento das questões. Também pode identificar uma falta de autonomia organizacional das equipes para criar estratégias locais de atuação.

Essa IC esteve presente em todos os discursos dos membros das equipes da ESF, e algumas vezes em mais de umas expressões-chave utilizadas pelos membros da ESF. Porém essa visão não é compartilhada pelos gestores, não estando presente em nenhuma das expressões-chave identificadas no discurso dos gestores, apesar de ela ser unânime entre as equipes ela não foi a única identificada.

- **P2s** – “Quem faz o contato é o gerente do posto, a gente passa o problema, ...aí eu passei pra ela e ela passou pra zoo, entra em contato com a zoonoses e fez a solicitação,”

2 - A idéia central de que existe uma grande rotatividade na equipe da ESF, principalmente os médicos.

Essa idéia central identificada em uma das expressões-chave demonstra a preocupação com o risco de quebra, de ruptura nos trabalhos desenvolvidos pela equipe. A falta de uma continuidade pode interferir nos resultados obtidos pela equipe, bem como uma quebra no pacto formado quando da ocorrência do cadastro da família pela ACS, no qual é pactuado de que a partir dessa data os problemas da família são os problemas da ESF, portanto, eles não estão sozinhos.

- **P1s** – “ Tem, quer dizer vira e mexe ta trocando, assim não todos, porque os SS é mais fixo né, porque tem que ser do bairro, não pode ta sempre mudando, mas de médico sim, vira e mexe a gente ta assim trocando de médico”.

3 - A idéia central de que a atuação do médico na ESF é diferente da atuação fora do programa nos hospitais.

Essa idéia central presente em uma expressão-chave contida no discurso de um dos membros da equipe. Essa visão demonstra a percepção do profissional do modelo de atuação da equipe ser diferente da prática usual, no qual emerge uma necessidade de capacitação do profissional quando inserido na equipe, para que ele tenha as ferramentas necessárias para se enquadrar no perfil esperado.

- **P2s** – “Aqui eu sou generalista né, eu atendo a família mesmo, eu faço controle de hipertensos, diabéticos, gestantes, consulta de menor de 2 anos, isso é prioridade do programa de saúde da família, mas também tem a rotina

de clínica né, que é as outras pessoas que não se enquadram nessas, mas a prioridade são os 3 primeiros.”

4 - A idéia central de que não existe conhecimento formal das atividades e problemas enfrentados por outras equipes no município, porém o senso comum diz que os lugares são diferentes, mas os problemas e as pessoas são semelhantes.

Essa IC tem relação com o conceito de território trabalhado pela equipe é a mesma da organização da ESF, a divisão ocorre somente pelo número de famílias, não acoplando outras variáveis importantes na compreensão do território. Como Monken e Barcellos (2005) já discutiram em seu estudo, a consequência é um impacto na capacidade da ESF de modificar o modelo de atenção como foi abordado por Teixeira (2002). Essas modificações deverão ser realizadas nas três dimensões: gerencial, Organizativa e técnico-assistencial.

- **P4s** – “ Olha eu só tenho o conhecimento de Vila Rica né. Aonde eu trabalhei antes. No mais, agente sabe por conhecer os profissionais né, por ser amigo ou freqüentar os mesmo lugares, que os problemas normalmente vão sendo os mesmos né. Não temos diferença entre as pessoas não”.

5 - A idéia central de que as ações são direcionadas somente aquela comunidade, não existe uma interligação entre as equipes do mesmo município ou dos distritos sanitários.

Essa idéia central também está inserida na perspectiva descrita acima onde a relação território e modelo de atenção a saúde são pressupostos importantes nas práticas das equipes da ESF. O impacto dessa idéia central é na integralidade das ações, já que ela demonstra uma fragmentação e uma focalização das práticas, em relação à própria rede do município.

- **P5s** – “Olha eu vou confessar pra você a gente fica tão integrado aqui que às vezes o que a gente sabe é no momento de uma reunião do distrito com as gerentes, aí a gente fica sabendo de de de alguma de alguma situação que ta envolvendo determinado bairro ou comunidade ou através da mídia”

6 - A idéia central de que a transmissão dos problemas detectados para uma hierarquização maior, sem autonomia para escolher e desenvolver parcerias fora desse contexto.

As parcerias onde a equipe tem autonomia são relacionadas a própria comunidade, ou seja, associação de moradores. Nessa idéia central entra um dos pressupostos teórico da implantação da estratégia, enquanto ainda programa, no SUS. A intersectorialidade que gesta no referencial da Promoção de Saúde e da Atenção Primária em Saúde, que formam a base das Políticas Públicas de Saúde brasileiras. Fausto (2005), em seu estudo chama a atenção para a estrutura organizacional do SUS, que fragmenta as ações e impõe uma verticalização das decisões apesar de seu pressuposto de descentralização. Essa idéia central foi encontrada em expressões-chave de discursos da equipe da ESF, não estando presente nos discursos dos gestores.

- **P5s** – “a gente. Nós tentamos aqui ao redor estabelecer parcerias e no meu caso aqui eu tenho uma coordenação de distrito sanitário, então eu passo pra coordenação informo e peço às vezes até ajuda pra resolução desse problema.”

7 – A idéia central de que o aumento da autonomia da equipe no local pela descentralização das ações a partir dos distritos do município.

Representa a visão dos gestores, que se contrapõe à da equipe. Centrada na forma de organização, transferência de recursos e informações do SUS.

- **P12g** – “Pelas ações de saúde, os distritos sanitários, os coordenadores dos distritos sanitários são 2, seriam as pessoas a estarem assegurando a questão da estratégia como um todo, apesar de ainda existirem algumas unidades básicas de saúde”... Tudo passaria por eles ou tudo passa por eles... e não tem um coordenador, e não tem um coordenador de atenção básica, não tem, é o distrito sanitário”.

8 - A idéia central de que existe um choque entre a forma de atuação da ESF e a rede do município que não estão integradas.

A ESF é o instrumento principal que visa à mudança do modelo de atenção no SUS. Teixeira (2002) já destacou a importância de uma modificação em dimensões organizativas, gerencial e técnica, para que o objetivo seja alcançado. Apesar de suas concepções a ESF sozinha não garante a modificação, porém a confecção de um fluxo e contra-fluxo é fundamental para que a rede funcione de maneira integrada e, possibilite também uma organização regional. Já que os problemas de saúde, especificamente os ambientais não respeitam os limites geopolíticos que delimitam um município, essa idéia central esteve presente em duas expressões –chaves presentes em dois discursos,

um da equipe e outro de um gestor.

- **P6s** – “gente ainda esbarra na burocracia, alguns pacientes, alguns pacientes, é que eu vejo que precisam de uma necessidade maior de atendimento, pacientes que não podem agora dar um encaminhamento na na fila de espera, eu consigo, é no hospital que eu trabalho, encaminhar ele mais rápido entendeu, só ele, salvo só alguns casos que eu vejo que o paciente tem extrema necessidade, os outros pacientes, eles aguardam ainda um atendimento mais demorado.”

9 - A idéia central de que a ESF não melhorou os indicadores do município com a sua implantação.

Essa idéia central esteve presente em um dos discursos dos gestores e não apresentou consonância com os discursos produzidos pela equipe, bem como dos outros gestores. Inclusive vão de encontro a estudos científicos que atribuem à melhoria dos indicadores de saúde à presença da ESF.

O estudo de Szwarcwald et al (2006), sobre os Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. As autoras detectaram melhoras em alguns indicadores que podem refletir a presença e atuação das equipes da ESF. Outro ponto que foi destacado é de que municípios menores e com piores condições socioeconômicas enfrentaram menos barreiras no processo de implantação da ESF. Volta Redonda é um município de referência na região, isto pode refletir resultados diferenciados, bem como um visão específica dos gestores relacionados a efetividade da estratégia em melhorar os indicadores de saúde da população.

- **P12g** – “se diz de alguns indicadores são melhores porque que no PSF é um equívoco, esses indicadores já existiam antes do PSF, você já tinha uma série histórica denunciando que você tava indo pra lá entendeu...você já vinha né, num acerto, na redução da mortalidade infantil é é que o pessoal tanto fala é o PSF, o PSF é resolutivo”.

Tabela 5.7 A ESF: idéias centrais e expressões-chaves

Idéias Centrais	Expressões-chaves
1 – A idéia central de que o trabalho em equipe é estruturado a partir da demanda trazida pelo ACS.	P1s – “ Eu faço visitas né, nas casas, visita aos hipertensos, diabéticos e em geral visito todas as famílias. Eu tenho 175 (cento e setenta e cinco) famílias na minha responsabilidade pra eu ta visitando... a gente conversa, bate um papo, ali

eles podem se abrir sobre os problemas, a gente conversa e idoso já se sente tão sozinho né, quando a gente chega na casa assim eles se sentem tão felizes porque a gente da atenção, senta, ouve o que que lês tem a falar. Eu gosto de ta fazendo esse trabalho.... eu trago algum problema do meu setor, a gente procura solucionar juntos, entendeu, aí a gente vai ao gerente.”

P2s – “Quem faz o contato é o gerente do posto, a gente passa o problema, ...aí eu passei pra ela e ela passou pra zoo, entra em contato com a zoonoses e fez a solicitação,”

P2s – “todo mundo tem a liberdade, a autorização e a competência para isso, do agente comunitário é a pessoas que ta na rua que vê com mais freqüência, eu fico mais restrita ao consultório, mas posso visualizar isso quando vou fazer uma visita domiciliar, porque eu tenho esse essa função, quando o paciente não pode vir o médico vai, a mesma coisa os enfermeiros e os técnicos de enfermagem, mas quem tem mais contato com a rua é o agente comunitário”.

P4s – “Éi eu como enfermeira eu faço visitas...Mas visitas agendadas né. Pacientes as vezes com pós cirúrgico, diabéticos, faço preventivo aqui no posto, junto com o médico. Mas quem ta mais em contato com a população é o agente comunitário de saúde. Então se a população , se eles apresentam algum problema, se tem alguma queixa é normalmente o agente de saúde que trás essa queixa pra gente. E ai sim, nos discutimos, as vezes na equipe aqui e traçamos, se for necessário que é a minha presença, ou a presença de um médico, ou então que nos formos levar esses problemas pra coordenação. Isso é visto depois”.

P4s – “é cada um assim. Todos nos fazemos a visita domiciliar. Mas quem realmente faz ela como rotina diariamente, que corre é o agente comunitário de saúde”.

P5s – “normalmente quem traz o problema é o agente comunitário de saúde que traz e envolvida a equipe, às vezes as 3 (três) equipes por que aqui nós trabalhamos com 3 (três) equipes no momento da reunião e ... é discutido né o que que tá acontecendo com essa família, que ações dentro do no da nossa competência a gente pode atuar e identificar aquelas que precisam de um encaminhamento.”

P6s – “, a gente tem aqui na unidade a Gerente de

Enfermagem ta, que ela é responsável pela coordenação do grupo, pela coordenação do do PSF como um todo... ela tem os médicos, os generalistas, aqui são 3 (três) é, mais 2 (dois) especialistas, são um ginecologista e uma pediatra ... os técnicos de enfermagem e as e as enfermeiras da assistentes, são 3 (três) enfermeiras da assistentes pra cada um médico, uma enfermeira assistente, um técnico de enfermagem ta, e a gente tem um corpo do PSF, porque se não existir, se não existisse o agente comunitário, infelizmente não existiria o PSF então a gente tem essa ponte de ligação do agente comunitário com a comunidade...acho que o agente comunitário desempenha um papel muito importante entendeu...é um profissional que tem que ser sempre muito bem valorizado entendeu.”

P6s – “ ele é responsável pela ligação da comunidade com o posto de saúde entendeu, ele é que sabe qual a medicação que o paciente toma entendeu... ele trás a informação antes de o paciente vim para consulta, isso pra gente é muito importante entendeu, a gente sabe se ele, pelo acesso, se o paciente toma a medicação, se o paciente tem quanto tempo que ele não vem pra uma consulta entendeu, se o paciente é novo no bairro...então isso tudo é atribuição do dos ACS.”

P7s – “Então, agente de saúde somos nós é na estratégia saúde da família nós somos o elo entre a comunidade com as suas famílias com a unidade de saúde, então o agente de saúde nós trazemos os problemas da nossa área, cada um tem a micro-área a gente traz problemas tanto social como é até mesmo de não só familiar, né e traz pra equipe pra ser discutido aqui, fora os dados estatística que o Ministério precisa pra poder ta fazendo né”.

P7s – “geralmente a tanto o técnico como enfermagem superior eles vão nas visitas que nós apontamos pra eles quando tem as visitas de rotina né, que eles fazem mas geralmente essas visitas que eles fazem somos nós agentes de saúde que pusemos pra eles”... então eles vão em busca desses pra poder ta ajudando a gente a resolver.”

P7s – “eles se reclamam as vezes de uma tonteira e a gente a alerta pra poder ta vindo, pra eles estarem consultando... a criança porque nas visitas a gente pede cartão de vacina, então meio aí sempre quando ta a gente chama pra poder orienta pra poder ta vindo que não pode deixar aí a gente vê se eles não vem... a gente já vai com a

	<p>enfermeira pra poder dar uma reforçada nessa orientação e trazer essa criança pra ta vacinando.”</p> <p>P8s – “Bem a equipe é composta de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e os agentes de saúde... o nosso trabalho específico, e os agentes de saúde é os que fazem, fazem as visitas que eles né, que eles fazem, eles são o o como é que vamos dizer eles são, fazem um serviço muito específico, que eles fazem a ligação da gente com toda a comunidade, então eles são a chave do do PSF né, eles visitam todos, conhecem todo mundo e eles visitam todas as casas, então eles são muito importantes os agentes de saúde e fazem e nessas visitas fazem esse trabalho também, antes só visitavam e conversa sobre a doença do paciente, eles voltam olha quintal, orienta né, sobre a limpeza de quintal, orienta sobre cigarro, né.”</p> <p>P9s - a função dos agentes comunitários é fazer a ligação, essa ponte de informações entre a família e as famílias e a unidade, a partir do do cadastro que é feito por esses agentes comunitários essas famílias não estão mais sozinhas, a partir daquele cadastro elas passam a ter ser é, ser acompanhadas é de tudo o que acontece no âmbito e no seio da família...qualquer coisa, tudo isso a unidade precisa saber e acompanhar, algumas dessas informações que vão chegar até a unidade através do agentes comunitários de saúde, talvez não seja de competência e solução da unidade, mas aí o que que a unidade faz, ela encaminha pros setores de competência, seja o conselho tutelar, seja a polícia, seja o conselho do idoso e assim sucessivamente.”</p>
<p>2 - Grande rotatividade na equipe da ESF, principalmente dos médicos.</p>	<p>P1s – “ Tem, quer dizer vira e mexe ta trocando, assim não todos, porque os SS é mais fixo né, porque tem que ser do bairro, não pode ta sempre mudando, mas de médico sim, vira e mexe a gente ta assim trocando de médico”.</p>
<p>3 - A atuação do médico na ESF é diferente da atuação fora do programa nos hospitais.</p>	<p>P2s – “Aqui eu sou generalista né, eu atendo a família mesmo, eu faço controle de hipertensos, diabéticos, gestantes, consulta de menor de 2 anos, isso é prioridade do programa de saúde da família, mas também tem a rotina de clínica né, que é as outras pessoas que não se enquadram nessas, mas a prioridade são os 3 primeiros.”</p>
<p>4 – Não existe conhecimento formal das atividades e problemas enfrentados por outras equipes no município, porém o senso comum</p>	<p>P4s – “ Olha eu só tenho o conhecimento de Vila Rica né. Aonde eu trabalhei antes. No mais, agente sabe por conhecer os profissionais né, por ser amigo ou freqüentar os mesmo lugares, que</p>

<p>diz que os lugares são diferentes mas os problemas e as pessoas são semelhantes.</p>	<p>os problemas normalmente vão sendo os mesmos né. Não temos diferença entre as pessoas não”.</p> <p>P7s – “, porque igual eu converso eu tenho amizade com as meninas com as outras agentes de saúde, sempre é a mesma coisa, assim no geral sempre são os mesmos problemas, assim as crianças, a família que a são bairros carentes então a alimentação, não tem uma alimentação adequada, entendeu, então em geral é sempre a mesma coisa.”</p>
<p>5 - As ações são direcionadas a somente aquela comunidade, não existe uma interligação entre as equipes do mesmo município ou dos distritos sanitários.</p>	<p>P4s – “Mas eu nunca participei de nada, nenhuma capacitação em que houve troca de experiência ou alguma coisa nesse sentido aqui na região do médio paraíba ou mesmo com o município. Normalmente é aquele curso básico né. Ou as vezes ocorre também, como ocorreu no início do ano sobre a dengue, né, com o enfrentamento , na época do verão mas é não pra trocar experiências não.”</p> <p>P5s – “Olha eu vou confessar pra você a gente fica tão integrado aqui que às vezes o que a gente sabe é no momento de uma reunião do distrito com as gerentes, aí a gente fica sabendo de de de alguma de alguma situação que ta envolvendo determinado bairro ou comunidade ou através da mídia”</p>
<p>6 - Transmissão dos problemas detectados para uma hierarquização maior, sem autonomia para escolher e desenvolver parcerias fora desse contexto.</p>	<p>P5s – “a gente. Nós tentamos aqui ao redor estabelecer parcerias e no meu caso aqui eu tenho uma coordenação de distrito sanitário, então eu passo pra coordenação informo e peço às vezes até ajuda pra resolução desse problema.”</p> <p>P7s – “SMEL é secretaria de esporte e lazer e no caso aqui tem o ginásio próximo ao posto e gente sempre trabalha em conjunto com eles nas atividades; a SMAC é a de ação comunitária, ação social que é aqui logo ao lado do posto e a gente sempre tem, agora os nossos grupos de hipertensos eles aprendem são ali, na SMAC que tem toda a quinta feira então é um grupo de convivência, eles trabalham em parceria com eles.”</p> <p>P5s – “Então aqui nós temos vários grupos, nós o e organizamos vários grupos que a gente oferece a comunidade, então nós temos grupos pro hipertenso; pro diabético; nós temos o grupo da gestante; o grupo da mamãe; o grupo ... do artesanato; o planejamento familiar; é ... nós temos também acuidade visual nas escolas... nós temos o grupo da melhor idade em parceria com a ação social e temos o grupo de adolescente em parceria com a ação social e um grupo em</p>

parceria com a escola e temos também o grupo de terapia comunitária que é o grupo mais novo instituído pela secretaria.”

P5s – “nós aqui seguimos a proposta do ministério da saúde dentro da estratégia de saúde da família e organizamos, programamos a agenda dentro dessa proposta né, da do atendimento ao usuário, dos grupos de educação e saúde, das visitas domiciliares é ... do momento da reunião da equipe, a gente tem essa autorização de fechar a unidade por duas horas pra discutir essas questões, então isso é muito claro pra todos eles, quais são as atribuições e as competências de cada um... a gente colocou isso até em treinamento, porque isso é uma capacitação minha como gerente de capacitar a equipe né, dentro da proposta da estratégia de saúde de família... então eles sabem que tem outras atribuições que compete a organização do programa dentro da unidade.”

P8s – “Então, nós temos de parceria pra esse trabalho a gente tem a associação de moradores , o grupo o conselho de gestor a o próprio grupo de convivência, que a gente quando vai detectar alguma coisa a gente conversa com eles...e os órgãos competentes mesmo que são normais né, que são zoonoses, epidemiologia, tudo a gente, feema também que é aqui.”

7 – O aumento da autonomia da equipe no local pela descentralização das ações a partir dos distritos do município.

P13g – “caderno gerencial que a gente tem implantado nas unidades né que é avaliação né de como é que a gente ta fazendo aquilo que foi planejado, então assim é muito mais do que planejar é o desenvolvimento disso na conta né, que vai desde a programação da unidade, agenda de enfermeiro, dos médicos, até mesmo a questão né de de de dados né, número de nascidos vivos, como que eu planejo minha unidade? através do meu diagnóstico né, quantas mulheres eu tenho? Quantas crianças? Quantos adolescentes? Então eu vou fazer minha programação em cima daquilo, então a gente tem trabalhado dessa forma muito na ponta, por isso que essa coisa do distrito enquanto atenção básica é muito próxima das unidades, tem sido assim uma experiência legal a gente tem visto assim um retorno bom das unidades né, porque a coisa de você planejar pro outro executar né, da uma uma distorção, então é o planejar, é o avaliar junto né e através também da supervisão.”

P13g - a gente sempre teve uma crítica enquanto unidade de de executar aquilo que as unidades não programaram, não participaram dessa

	<p>programação, então quando a gente conseguiu é fazer essa otimização territorial de norte e sul, e a gente conseguiu e e caminhar junto é fazer, constituir a área técnica do distrito...Ela é a ponta ... são pessoas que vieram da ponta com toda essa vivência de unidade, com todas as as dificuldades de unidade... essa área técnica...Ela vai junto com a unidade executar aquilo que foi planejado muitas das vezes e até planejar algumas situações pra paralelas”.</p> <p>P12g – “Pelas ações de saúde, os distritos sanitários, os coordenadores dos distritos sanitários são 2, seriam as pessoas a estarem assegurando a questão da estratégia como um todo, apesar de ainda existirem algumas unidades básicas de saúde”... Tudo passaria por eles ou tudo passa por eles... e não tem um coordenador, e não tem um coordenador de atenção básica, não tem, é o distrito sanitário”.</p>
<p>8 - Choque entre a forma de atuação da ESF e a rede do município que não estão integradas.</p>	<p>P6s – “gente ainda esbarra na burocracia, alguns pacientes, alguns pacientes, é que eu vejo que precisam de uma necessidade maior de atendimento, pacientes que não podem agora dar um encaminhamento na na fila de espera, eu consigo, é no hospital que eu trabalho, encaminhar ele mais rápido entendeu, só ele, salvo só alguns casos que eu vejo que o paciente tem extrema necessidade, os outros pacientes, eles aguardam ainda um atendimento mais demorado.”</p> <p>P12g – “ a programação inicial, era pra crescer lentamente até 2008, ... com o tempo de você treinar, com o tempo de você fazer uma interlocução mais próxima, como era nas primeiras equipes que existiam, que foi que entraram em 95, que entraram em áreas mais fechadas da cidade.... final de 2002, de 2000, já tinha acho que 22, então começou a ser uma progressão geométrica, entra muita gente, entra muita gente e você não consegue ... você começou a receber um monte de gente recém formado que você precisaria dar mais atenção para que essa incorporação então, nesse volume não se pensou em nada, não pensou que é uma secretaria precisa pensar no volume calculado né, nos seus exames de análises clínicas lá, seu raio X né, a sua coisa de medicação de auto risco e assim então, esses últimos anos foi tudo assim, muito atabalhado né, muito atabalhado.</p>
<p>9- A ESF não melhorou os indicadores do município com a sua implantação.</p>	<p>P12g – “se diz de alguns indicadores são melhores porque que no PSF é um equívoco, esses indicadores já existiam antes do PSF, você</p>

já tinha uma série histórica denunciando que você tava indo pra lá entendeu...você já vinha né, num acerto, na redução da mortalidade infantil é que o pessoal tanto fala é o PSF, o PSF é resolutivo”.

CAPITULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos nesse estudo de abordagem qualitativa, uma aproximação descritiva da implantação da saúde ambiental na atenção básica. Uma discussão ainda insipiente no cenário acadêmico atual.

Os resultados encontrados demonstram uma dicotomia entre a visão da elaboração do tema pelas normas e legislações vigentes, e sua respectiva operacionalização, através das idéias centrais contidas nos discursos das equipes da saúde da família do município de Volta Redonda. Com relação aos gestores, identificamos uma simetria entre o discurso deles e o discurso contido nos referenciais teóricos das políticas públicas de saúde.

O SUS enfrenta o desafio de modificar o modelo assistencial ainda hegemônico nas práticas atuais da saúde, para efetivar essa mudança, ela deve ser concomitante com as modificações necessárias na sua estrutura organizacional. Além também, de incentivar modificações no processo de formação dos profissionais de saúde, que ainda encontra-se centrado na óptica assistencial.

A modificação deste modelo passa pela adoção de um modelo de Vigilância em Saúde favoreça a incorporação da Saúde Ambiental nas práticas da saúde, permitindo trabalhar com a análise do território em uma abordagem ampla da saúde sobre os determinantes e condicionantes da saúde. Nesse contexto, a ESF é o instrumento preferencial para reorganizar o sistema a partir da atenção básica buscando a integralidade da atenção à saúde.

A abordagem centrada na integralidade da saúde amplia as perspectivas de enfrentamento dos problemas pelo setor saúde, de forma que ele assuma o papel de articulador agregando outros setores de forma sinérgica, com o objetivo de melhorar o bem estar da população assistida pela ESF. A intersetorialidade está presente de maneira transversal na relação homem-ambiente, e a sua efetivação depende mais de uma estrutura organizacional do município, do que da própria abordagem da equipe da saúde da família.

A ESF ocupa uma posição inferior na estrutura hierárquica organizacional dos municípios. Esta posição interfere e limita uma prática intersetorial por parte das equipes, já que limita também a autonomia necessária para a construção de parcerias que vão além do limite demográfico da sua área de atuação. Imprescindível para uma abordagem em saúde ambiental.

Os resultados do estudo apontam para algumas questões relacionadas a incorporação da saúde ambiental pela atenção básica. Como a fator que a incorporação não pode ser medida pela capacidade do sistema de produzir instrumentos normativos e/ou políticas relacionadas como o tema. O desafio posto está relacionado à capacidade do SUS de modificar o modelo de atenção e caminhar na direção da implantação do modelo de vigilância em saúde. Para esta modificação ocorrer é necessário que os atores sociais envolvidos no processo tenham clareza da sua participação de maneira ativa, e que a estrutura organizacional possa dar subsídios as práticas intersetoriais necessárias para responder as demandas dos problemas atuais da saúde, o que inclui as questões ambientais.

A tabela a seguir sintetiza os achados contidos nas idéias centrais identificadas nos discursos dos gestores e das equipes da saúde da família, com as que estão presentes nas políticas públicas.

Tabela 6 :Compilação dos dados da entrevistas. Idéias Centrais.

TEMA	FORMULADO	OPERAÇÃO	PROFISSIONAL
PROMOÇÃO DE SAÚDE	<p>1- Transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando no seio das famílias e na comunidade em que se encontram. Atividades educativas, relacionadas com riscos comportamentais passíveis de mudanças.</p> <p>2 - Saúde como produto de fatores relacionados com a qualidade de vida. As atividades is voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente (físico, social,</p>	<p>Nas equipes: promoção de saúde, enfoque individual, fragmentado, centrado no estilo de vida e nas exposições a riscos.</p> <p>Nos gestores: visão ampliada através de políticas públicas nacionais territorializadas nos problemas macro, Não destacam as</p>	<p>P1s, P2s, P3s, P4s, P6s, P7s, P8s, P9s, P10g</p> <p>P11g, P12g e P13g</p>

	político, econômico e cultural), através de políticas públicas e do reforço (<i>empowerment</i>) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.	especificidades do local.	
SAÚDE AMBIENTAL	A relação entre a saúde e um ambiente ecologicamente estável como um direito. O SUS deve promover esta relação através da integralização das ações. A VSA é instrumento de operacionalização.	<p>Conceito amplo na inter-relação saúde da população e do meio ambiente.</p> <p>È a Vigilância em saúde ambiental</p> <p>É a vigilância em saúde.</p>	<p>P9s</p> <p>P4s, P5s, P6s, P7s, P8s, P13g</p> <p>P1s, P2s, P3s, P10g e P12g</p>
TERRITÓRIO	<p>É na concepção de território como um processo social em constante reconstrução e envolve atores sociais, onde os múltiplos fatores que influenciam no processo saúde-doença. Os fatores presentes são os sociais, os culturais e os econômicos.</p> <p>Fundamenta a identificação dos problemas de saúde a partir da compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes da saúde, através da coleta e sistematização dos dados.</p>	<p>Território como espaço político administrativo do SUS. Espaço onde ocorre a interação entre a população, seus problemas e os serviços de saúde.</p> <p>Somente apresenta a conotação sócio-econômica</p> <p>Organização social</p>	<p>P1s, P2s, P4s, P5s, P7s, p12g e P13g</p> <p>P3s</p>

	<p>autonomia é para a ação focal.</p> <p>A efetividade da ESF com relação aos indicadores de saúde é questionada.</p>	P12g.
--	---	-------

A tabela aponta outros temas que precisam ser trabalhados em estudos posteriores, como, a visão e, conseqüente operacionalização da promoção de saúde, relacionada à vertente individual de modificação do estilo de vida; a própria saúde ambiental aparece centrada na vigilância ambiental descontextualizada de um contexto de vigilância em saúde; a ESF apesar do seu referencial teórico, que pressupõe uma abordagem ampliada da saúde é destacada como instrumento de práticas centradas no indivíduo, que tem consonância com a abordagem da promoção de saúde identificada.

É importante destacar que a implantação da ESF representa um instrumento da modificação do modelo de atenção, que preconiza uma abordagem ampliada e territorializada da saúde. Neste caso, deve existir uma similaridade entre os discursos construídos pelos gestores e pelas equipes da ESF. O que não foi evidenciado em relação à visão do território ampliada, entre os membros das equipes da saúde da família.

É nas práticas das equipes da saúde da família que a incorporação da saúde ambiental ocorre, porém o estudo observou uma carência na integração entre a equipe e a rede de serviços, bem como, na própria prática da equipe, observamos pelos discursos, uma fragmentação no processo de trabalho das equipes estudadas, na divisão das atribuições, como na falta de autonomia para o enfrentamento dos problemas detectados. Os discursos das equipes permitem a identificação de idéias centrais que estão relacionadas ao modelo assistencialista, numa abordagem que privilegia o individual e o focal.

É importante destacar que as conclusões foram feitas a partir de uma amostra de 13 discursos produzidos por duas equipes da ESF e, alguns gestores municipais da saúde. Portanto, o poder de generalização desse estudo é limitado, mas os dados

levantados estão em consonância com estudos realizados anteriormente, que utilizaram metodologias distintas. Fator que contribui para a validação do nosso estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.B.S.& ROCHA,P.M. **Trabalho em Equipe:um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família.**,Ciência &Saúde Coletiva,12(2) 455-464,2002

ARRUDA, A. **Teoria das representações sociais e teorias de gênero.** *Cadernos de Pesquisa*, Rio de Janeiro, n. 117, p. 127-47, nov. 2002.

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva et al . **Saúde e ambiente: uma reflexão da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO.** *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 6, n. 2, jun. 2003 .

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. **Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção.** *Epidemiol. Serv. Saúde.* Dez. 2003, vol.12, no. 4 , p.177-187.

BARCELLOS, Christovam; QUITERIO, Luiz Antônio Dias. **Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde.** *Rev. Saúde Pública.*, São Paulo, v. 40, n. 1, 2006.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988. Cap.da ordem social, título VII.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Lei n.º 10.683, de 28 de maio de 2003. **Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.** *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 maio 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.**Subsídios para a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental/** Ministério da saúde.Conselho Nacional de Saúde.-Brasília:Editora do Ministério da Saúde,2007. 56p:iLL – (série B. texto básico de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva.**Departamento de Apoio à Descentralização.** Coordenação-geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/Ministério da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde,2006.60p.- (SérieB. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da Família.** Ministério da Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 56p.: Il. (Painel de Indicadores do SUS,4)

_____. Ministério da Saúde (MS). **Vigilância em Saúde Ambiental – dados e indicadores selecionados**. vol. 1, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde ambiental: **dados e indicadores selecionados-2007**/ Ministério da saúde, secretaria de vigilância em saúde. – vol.2, (Nov.2007. Brasília: Ministério da saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Regionalização da Assistência à saúde:Aprofundando à descentralização com equidade no acesso**:Norma Operacional da Assistência à saúde:NOAS-SUS01/01 e portaria MS/GMn.95 de 26 de Janeiro de 2001 e regulamentação complementar/ Ministério da Saúde: Secretaria de Assistência à Saúde-Brasilia: Ministério da saúde,2001.

_____. Ministério da Saúde.Departamento de Atenção básica.**diretriz conceitual da atenção básica e saúde da família**.Disponível em:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atençãobasica.php>.acesso em 24 de outubro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde; v. 3)

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000

CAIRUS, Henrique, F; RIBEIRO JR, Wilson, A. **Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005. 252p.ilus., tab. (Coleção História e Saúde).

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. **Promoting and recovering health: meanings produced in community groups within the Family Healthcare Program context**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.507-19, set/ dez 2005.

CAMPONOGARA, Silviamar; KIRCHHOF, Ana Lucia Cardoso; RAMOS, Flávia Regina Souza.**Uma revisão sistemática sobre a produção científica com ênfase na relação entre saúde e meio ambiente**.Ciência &Saúde Coletiva, 13 (2);427- 439, 2008.

Corvalán C, Briggs D, Kjellström T. **Development of environmental health indicators**. In: Briggs D, Corvalán C, Nurminen M. (eds). *Linkage methods for environment and health analysis – General Guidelines*. Geneva: United Nations Environmental Programme, United States Environmental Protection Agency, Office of Global and Integrated Environmental Health of the World Health Organization; 1996 (pp. 19-53).

CORVALÁN, C. **The need for information: environmental health indicators**. In: Corvalán C, Briggs D, Zielhuis G. (eds). *Decision-making in environmental health: from evidence to action*. London: E & FN Spon/ World Health Organization; 2000 (pp. 25-51).

DESLANDES,S.F ,NETO,O.C, MINAYO, M.C.S (org).**Pesquisa Social:Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis,RJ: Vozes,1994.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; MAMEDE, Marli Villela. **Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo**. Saúde. Soc. São Paulo, V.18.n.4, P.620-626, 2009.

Epidemiologia e Serviços de Saúde / **Secretaria de Vigilância em Saúde**. - Brasília : Ministério da Saúde,Volume 17 - No 4 - outubro /dezembro de 2008.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Decreto Nº 41.475 de 11 de Setembro de 2008.**Instituiu o Comitê da Bacia Hidrográfica do Médio Paraíba do Sul**. Disponível em http://www.serla.rj.gov.br/downloads/med_paraiba.pdf. Acesso em 02 de Janeiro de 2009.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na Política de saúde brasileira**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 261f;2005.

FERREIRA, Luiz Felipe. **Acepções Recentes do Conceito de Lugar e sua Importância para o Mundo Contemporâneo**. Revista Território, Rio de Janeiro, ano V, n" 9, pp. 65-83, jul./dez., 2000

FREITAS, Carlos Machado de; SCHUTZ, Gabriel Eduardo; OLIVEIRA, Simone Gomes de. **Environmental sustainability and human well-being indicators from the ecosystem perspective in the Middle Paraíba Region, Rio de Janeiro State, Brazil**. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro2008.

_____, Carlos Machado de (2005). **A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva**. **Cad. Saúde Pública**, vol.21, nº3, pp679-701.

_____, Carlos Machado; Oliveira SG, Schütz GE, Freitas MB. *Relatório Final - Abordagem ecossistêmica para o desenvolvimento de indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde – Região do Médio Paraíba, Rio de Janeiro*. Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica em Saúde – Água (Papes-Água), Vice Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

GOLDBAUM,M et al .**Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo**.Rev. saúde Pública.2005.39(1)90-9.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss et al . **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções**. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, jun. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 nov. 2009.

Ianni AMZ, Quitério LAD. **A questão ambiental urbana do Programa de Saúde da Família: Avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde.** *Ambiente & Sociedade*, vol. IX nº1:169-180; 2006.

Indicadores de Saneamento e Indicadores de Saúde. **SIAB / DATASUS**. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php> Acesso em : 10/11/08.

Jannuzzi PM. **Indicadores Sociais no Brasil – Conceitos, fontes de dados e aplicações.** Campinas: Editora Alínea; 2006.

LEFREVE, Fernando, LEFREVE, Ana Maria Cavalcanti. **Discurso do Sujeito Coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**, 2.ed. Caxias do Sul, RS: Educ, 2005.

LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti et al . **Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens.** *Saude soc.*, São Paulo, v. 11, n. 2, dez. 2002 .

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Maria Cristina da Costa. **Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago. 2009 .

MENDES, E. V., 1993. **A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário.** In: *A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário* (E. V. Mendes, org.), Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 10, pp. 7-19, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. .

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Structure and subject, determinism and historical protagonism: a reflection about the praxis of community health.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 09 Maio 2008.

_____, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** -11.ed. – São Paulo: Hucitec, 2008.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. **Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 3, jun. 2001 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

OPAS. **Atenção Primária Ambiental** 1999. disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivo/apa.pdf> – acesso em 16/10/2009.

_____. **Declaração de Alma-ata.** 1978 Disponível em: <http://opas.org.br/coletiva/uploadArq/alma-ata.pdf>. Acesso em: 16out.2008.

_____. **Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, novembro de 1986; Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> – acesso em 12/06/2007

PEDROSA, J.I.S & TELES,J.B.M. **Consenso e diferenças em equipe do Programa de Saúde da Família**.Rev.Saúde Publica,2001,35(3):303-11.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS ,Christovam. **O Território No Programa de Saúde da Família**. HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, 2(2):47-55, jun. 2006.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

RIGOTTO, Raquel Maria; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. **Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 4:S475-S501, 2007.

SANTANA,Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. **Programa Saúde Da Família No Brasil: Um Enfoque Sobre Seus Pressupostos Básicos, Operacionalização e Vantagens**. Saúde e Sociedade 10(1):33-53, 2001.

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COHEN, Mirian Miranda. **Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência**. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>? Acesso em: 09 Maio 2008.

SISSON, Maristela Chitto. **Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.3, p.85-91, 2007.

SOBRAL,André.**Indicadores de Sustentabilidade Ambiental e Bem-estar para municípios da Região do Médio Paraíba, estado do Rio de Janeiro**: s.n.,2008. 200p. tab, graf.

SZWARCWALD Célia Landmann; MENDONÇA Maria Helena Magalhães; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares. **Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional**. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):643-655, 2006

Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE). **Estudo Socioeconômico 2005 – Volta Redonda**. Rio de Janeiro: TCE; 2005.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,

18(Suplemento):153-162, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>
Acesso em: 09 Maio 2009.

VANDERLEY,M.I.G.& ALMEIDA,M.C.P. **A concepção e Prática dos Gestores e gerentes da Estratégia de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva,12(2).443-453,2007

ANEXO I

1 . Roteiro do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba

- O que se entende sobre a promoção de saúde?
- Qual o entendimento sobre saúde ambiental?
- Descreva o seu o entendimento sobre saúde ambiental?
- Descreva os problemas ambientais que afetam a região?
- Agora, eu vou dizer uma frase e vou pedir para você completar: O enfrentamento dos problemas ambientais, que afetam a saúde na região será eficiente quando o Consórcio....

2. Roteiro de Entrevista Atenção Básica

- Como são planejadas e desenvolvidas as ações da atenção básica no município?
- Descreva se existem dificuldades, como são enfrentadas e os pontos fortes ou avanços conquistados?
- Como são percebidos os problemas ambientais neste cenário?
- Qual é o papel da atenção básica no enfrentamento das questões ambientais?
- De que maneira a gestão da atenção básica se articula com a gestão da Vigilância em Saúde Ambiental?
- Descreva a ciência sobre as formas de atuação da atenção básica nos outros municípios da região?
- O que se entende por promoção de saúde?
- Quais as atividades de promoção de saúde desenvolvidas?
- Como são resolvidos os problemas?
- Quais os principais interlocutores?

3. Roteiro de Entrevista Saúde Ambiental

- Como são planejadas e desenvolvidas as ações da vigilância em saúde ambiental no município?
- Descreva se existem dificuldades, como são enfrentadas e os pontos fortes ou avanços conquistados?
- De que maneira a gestão da Vigilância em Saúde Ambiental se articula com a gestão da atenção básica no município?
- Como o senhor percebe as ações desenvolvidas pela atenção básica neste cenário?
- Qual é o papel da vigilância em saúde ambiental no enfrentamento das questões ambientais?
- Descreva a sua ciência sobre as formas de atuação da vigilância em saúde ambiental nos outros municípios da região?

4. Roteiro de Entrevista Estratégia de Saúde da Família.

- O que se entende sobre promoção de saúde?
- Quais as atividades de promoção de saúde desenvolvidas?
- Como são resolvidos os problemas?
- Quais os principais interlocutores?
- Como são identificados os problemas ambientais?
- Quais os principais problemas ambientais identificados?
- Como são enfrentados?
- Descreva a forma de organização da equipe para atuar nas questões ambientais?
- Existem competências específicas para os profissionais da ESF?
- Descreva o seu conhecimento sobre a atuação de outras equipes do município ou da região e os problemas enfrentados?

- Descreva a sua participação em algum encontro regional para troca de experiência ou capacitação em relação ao enfrentamento da questão ambiental na saúde?

ANEXO II

Transcrição dos Gestores

P1g - .

Renata – Como funciona ou como trabalha o Núcleo descentralizado no médio Paraíba? (barulho de vozes).

P1g – O Núcleo assim como os outros 8 (oito) estados eles foram concebidos pra trabalhar na lógica regionalizada né, então o médio Paraíba (barulho de vozes) né, núcleo que tem sede em Volta Redonda e sob a responsabilidade desse núcleo (barulho de porta se abrindo) estão 12 (doze) municípios da região médio Paraíba né, que é Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda, né, então são, essa é a nossa é a nossa região A, ta, esses núcleos foram concebidos pra trabalhar na lógica da vigilância da saúde né, (barulho de vozes), então todas as questões que envolvem a vigilância é agente tem trabalhado com dessa forma na na região ta.

Renata – E a questão da saúde ambiental (barulho de vozes), também esta incluída?

P1g – Também ta incluída né porque a lógica da da concepção da vigilância em saúde ela vem de encontro principalmente com essa, essa digamos, esse trabalho, essa interseção eu diria bem isso porque na realidade não é só a aglutinação dessas instâncias, mas seria mais ou menos isso, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e a vigilância ambiental.

Renata – Como é que são assim planejadas, desenvolvidas no caso (barulho de pancada), as ações de vigilância ambiental no muni, na região? Se existe?

P1g – Bom. Ainda na, hoje é pros municípios é um conceito muito novo a vigilância ambiental né, e desde que o núcleo foi criado a gente vem trabalhando nessa perspectiva de se fazer entender pros municípios o que que é vigilância ambiental, onde ela tem que esta inserida, entendeu (barulho de porta abrindo), o que que acompanha essa lógica dentro da vigilância em saúde, que a gente encontra em alguns alguns municípios não é (barulho de vozes)uma assim uma totalidade dos nossos mas é de alguns que as questões da vigilância elas estão desagregadas até mesmo da vigilância da saúde (barulho de vozes), hoje é muito pouco isso né, então eles estão aprendendo a agregar

esse conceito da vigilância ambiental dentro da vigilância é em saúde ta, é e assim eles tem, não tem estrutura, muitos municípios não tem uma estrutura formada, não tem uma equipe (barulho de vozes) né, então eles trabalham muito assim, pontual né, as questões da dengue né, é são as questões da lente humana em alguns municípios da região, não são todos ta é a vigilância de outros agravos, ou seja, malária, aí eles trabalham, tem município que trabalha muito a questão do ambiente, da questão do escorpião, né da questão dos animais peçonhentos que em alguns municípios isso é um fator importante, então assim ta é muito pontual e está em construção né, hoje eles estão fazendo a construção do que seria a vigilância ambiental, acho que é um pouco isso.

Renata – Quais são as estratégias de vocês pra estimular essa construção?

P1g – Olha a gente vem desde, desde 2007 se eu não me engano, nós fizemos um seminário né, com os municípios é focado (barulho de vozes) nesse conceito da vigilância em saúde, né a gente vem trabalhando isso aos poucos com eles e a e um outro momento que a gente tem pra ta trabalhando um pouco mais isso e tal é na hora que a gente vai fazer as pactuações né da vigilância da saúde, (barulho de vozes), ou seja, da portaria 35 que é a atenção básica, ou na supervisão dessas pactuações (barulho de vozes)são oportunidades que a gente vem trabalhando dessa forma.

Renata – E como é que, quais são assim os principais interlocutores de vocês nesse trabalho, nessa construção, vocês trabalham ligados a ...

P1g – É vocês diz os municípios? (barulho de vozes)

Renata – Não dentro dessa própria construção da estratégia, vocês estão se articulando com quem? Pra poder construir, com o consórcio, com a ...

P1g – Olha a gente tem uma articulação é é regional você ta dizendo né e aí a nossa articulação ela é muito com (barulho de vozes)os próprios municípios, as próprias secretarias né é é municipais de saúde né, com os técnicos, também trabalhamos articulados com o consórcio né, a central de regulação também está conosco lá no mesmo espaço físico, estamos os três no mesmo espaço físico facilita um pouco isso né e é eu acho que é assim tem sido os nossos principais interlocutores, a gente vem trabalhando (barulho de máquina)na ótica assim de tentar articular com outros outras é setores importantes em relação a vigilância ambiental né que tem na região tá, é é setores regionalizados, seja do Estado, enfim né aquilo que tem é um pouco a a acompanha essa lógica ta e a gente vivenciou agora foi muito interessante eu acho que foi assim um amadurecimento muito bom até pro próprio núcleo que foi a conferência de saúde ambiental né e foi assim, eu digo que foi um momento importante porque a gente conseguiu se articular é bastante né, com os conselhos né municipais de saúde,

do ambiente, de obras dos municípios né e ONGs e então nós conseguimos um agregado, bem assim de uma amplitude que a gente nem esperava né então foi um trabalho muito interessante, quer dizer a conferência foi construída a partir desse agregado, dessas instâncias, dessas pessoas e e as discussões foram bastante proveitosas né, e desse momento até saiu que a gente tem um grupo de trabalho a partir desse grupão, né que a gente teve oportunidade de trabalhar junto eu acho que daí vão sair bons frutos em relação a a vigilância ambiental.

Renata – E quais seriam assim, é as principais dificuldades né que você percebe na nessa implantação lá na Região Médio-Paraíba?

P1g – Eu acho que parte muito ainda um pouco, é como eu te falei anteriormente, é um conceito muito novo né, e como um conceito novo né, de falar de saúde ambiental, vigilância ambiental, etc., é (barulho de máquina) eu acho que é um trabalho de formiguinha mesmo né um processo né, que a gente vai construindo aos poucos, buscando formas sejam seminários, em fórum, né em visitas técnicas, enfim aproveitando as oportunidades pra que a gente é é possa ta, eu acho que o o o principal, a principal dificuldade que a gente tem é a falta mesmo de entendimento, mas não porque as pessoas, é porque é uma coisa nova que ta em construção, entendeu, eu acho que é um pouco isso.

Renata – E assim, quais são, você poderia me descrever alguns problemas ambientais na região que mais chamou atenção?

P1g – Bom, eu acho, tem problemas assim são que ele interfere basicamente na região toda, a questão do rio Paraíba do Sul né, é é alguns acidentes que tivemos importantes em relação a cerbatis, né a questão de culta no rio Paraíba, o próprio acidente recente da CSN que a gente é futuramente a gente pode ter ver o reflexo dessas dessas desses acidentes, enfim na na na população né, e tem as pontuais né, características dos municípios que são assim, municípios muito rurais, você tem muito problema com animais peçonhentos, escorpião, cobra, então isso não é uma coisa geral, mas a gente tem áreas importantes, é Pinheiral, Rio Claro, entendeu, é Piraí mesmo, que tem uma área muito extensa, são existe uma área rural muito extensa né, então esses são, assim os problemas pontuais e tem os problemas que eu te falei que interfere em toda região, a questão do leito do rio, né que corta a região toda, enfim ..

Renata – É você poderia me descrever se existe alguma experiência na região da incorporação da saúde ambiental na atenção básica?

P1g – Olha eu eu posso citar, é é o Município de Piraí, eles tem um trabalho (barulho de porta) lá que eles iniciaram (barulho de vozes), eu não me lembro bem o ano, já deve ter

uns 2 ou 3 anos que eles têm trabalhando e que foi incorporação dos agentes de endemias né na dentro das unidades de saúde da família, dentro das unidades que eles têm, eles hoje trabalham é é incorporados a essas equipes, aos agentes comunitários de saúde desenvolvendo principalmente as ações de dengue lá né, (barulho de vozes), esse esse é o exemplo que eu posso te citar que é o município de Pirai.

Renata – É eu só queria saber assim, da sua perspectiva pessoal, que você me descrevesse, qual o seu entendimento sobre saúde ambiental?

P1g – É tão amplo né, (risos), sinceramente, como eu te falei não é não é muito fácil, é um processo em construção, é um enxergar um novo paradigma né, e sinceramente hoje eu não, eu acho assim, sabe é é saúde é é saúde e meio ambiente é saúde da população (barulho de vozes), entendo um pouco isso, então se você tem um ambiente saudável você tem uma população saudável e vice-versa, e se você tem uma população saudável ela interfere no ambiente também não é que as pessoas incorporarem em relação a população ela tá incorporando as boas práticas no ambiente que vai logicamente, refletir na sua saúde né, a gente aprendeu um pouquinho a a questão do nosso lixo né, tudo são situações que a gente vai ter que a própria população a gente mesmo, vai ter que aprender, né é como aprender uma uma um hábito, questão de hábito, de hábito saudável, do meu lixo, que eu devo cuidar bem, da minha água é essas coisas, né então eu acho que quando houver né, é é esse entendimento né, de meio ambiente saudável e população saudável né, e população saudável, também ambiente saudável, eu entendo um pouco dessa forma.

Renata – E sobre a questão, da do seu entendimento sobre a promoção de saúde o que viria a ser?

P1g – Promoção de saúde esse também não é fácil né, você promover saúde né, é (barulho de telefone), eu acho que aí é uma questão também a gente vão construindo isso né, não tem muito assim, é hoje as pessoas trabalham muito no conceito da doença né, e não da promoção de promover saúde, é a a gente percebe em alguns lugares que trabalham na lógica da da do foco da da assistência, enfim não tem muito a promover levar levar saúde, é é não tão entendendo o reflexo do que você investe hoje, em promover, em trazer saúde né, que isso reflete mesmo na sua assistência, se você tem, leva uma boa promoção de saúde e aí eu acho que trabalho assim eu defendo muito a questão da educação né, é é fala-se hoje no país muito do investimento em saúde que eu acho que tem que ter, mais muito mais no investimento na educação da população, que se você tem uma população educada, não é isso, basicamente educada, você com certeza você vai poder trabalhar melhor as questões da saúde de promover saúde né, é é

porque se vamos uma coisa básica, bem básica mesmo, se o se o se uma mãe consegue entender a importância dela dar uma coisa de qualidade, por exemplo ela não tem uma água né, é favorável né não é bem servida, vamos tirar a água como exemplo, se ela tiver entendimento de que ela deve ferver aquela água para dar pro seu filho né, se não é uma água de qualidade, com certeza a criança não vai ter problema de desidratação e diarreia, enfim isso é básico é uma questão básica, a questão da água né, do esgoto, enfim né que em algumas áreas você percebe isso (barulho de vozes) assim muito bem trabalhado e em outras, não só na região mas no país como um todo a gente vê situações muito gritantes ainda você aqui no Rio mesmo, você passar né o esgoto passa dentro da dá rato da casa da pessoa né, então eu acho que a gente tá muito longe, eu pessoalmente acho, que a gente tá muito longe ainda de entender realmente promoção da saúde (barulho de vozes), eu defendo muito a questão da educação, do investimento pesado na educação.

Renata – Eu só vou fazer uma pequena frase e eu queira que você completasse da maneira como você entendesse melhor tá?

“É o enfrentamento dos problemas ambientais que afetam a saúde da região será eficiente quando o núcleo

P1g - quando o núcleo conseguir é é é (barulho de porta), eu acho que é quando a gente conseguir levar esse entendimento mesmo (barulho de vozes) para os municípios da da região né, seja de que forma for, que formas a gente vem buscando no dia a dia, é é é a gente vem tentando buscar novas formas de trabalhar que não aquelas que se trabalhava antes, (barulho de muitas vozes) a gente vem tentando melhorar pra levar essa idéia que as pessoas consigam ter um entendimento, eu acho que é papel da gente né, levar esse entendimento aos municípios da região, se a gente vai conseguir nesse momento, né”.

Renata – (Barulho de muitas vozes)é outra pergunta esse essas experiências de Piraí, as experiências, como é que elas, como é que ocorre, se os municípios eles tem ciência, existe uma troca dessas experiências, algum fórum, alguma coisa?

P1g – Sim, a gente aproveita né, por exemplo as experiências de Piraí, que eu me lembre assim no momento nós tivemos é é é um seminário né foi regionalizado, seminário regional, em que a gente teve a oportunidade de apresentar pra os municípios essa essa experiência, pelo menos essa foi um momento que a gente aproveitou para apresentar essa experiência, é e eu acho que em algum momento eu te falei também (barulho de vozes) né, até falei agora a gente vem tentando formas de de de trabalhar melhor isso, e nós temos a idéia de desenvolver lá na região (barulho de porta), um encontro, um grande momento em que os municípios possam apresentar as suas

experiências (barulhos de várias batidas – gavetas?) e que tiveram êxito né, a gente vem programando isso, eu não sei se vai ser possível, talvez pra 2010, um evento em que os municípios eles tenham oportunidade, de apresentar aquilo que eles (barulho de vozes) desenvolveram no município e que teve êxito naquela ação.

Renata – (barulho de vozes) Existe alguma alguma ação é articulada entre um ou dois municípios ou mais municípios na região?

P1g – Nós temos sim, principalmente em relação à dengue, (barulho de muitas vozes) aos tínhamos alguns anos atrás, antes dessa nova gestão nós tínhamos um grupo né na região, é não tinha, não existia nem o núcleo né e ele foi criado era um grupo de trabalho, voltado para o desenvolvimento da dengue e que tinha uma proposta voltada pros trabalhos desenvolvidos em articulação um município com outro, nós resgatamos a partir do núcleo em 2007 nós fizemos esse resgate com o núcleo, é articulado com o SISMETA é é e os municípios, resgatamos esse grupo de trabalho pra que a gente tivesse construindo é na região um plano de contingência regional pro enfrentamento da dengue, plano de assistência né, esse trabalho foi até apresentado num Congresso em Porto Alegre, congresso é de Saúde Coletiva é e assim foi um um, acho que foi pioneiro, uma iniciativa pioneira no Estado do Rio né, de construir um plano de contingência é regional que foi feito a partir dessa interlocução, desse trabalho com é é núcleo, SISMETA e e e os municípios.

Renata – Ok. **P1g** olha muito obrigado.

Tempo: 17 mim.

P2g - CISMEPA

Renata – As perguntas são amplas né. A primeira: É que eu gostaria de saber o que você entende sobre a promoção de saúde?

P2g – Perfeitamente, é a promoção da saúde é hoje, na verdade, é uma dentro das áreas de saúde ta ligada à atenção básica e é uma obrigatoriedade de todos os municípios da federação né, todos os mais de 5.000 municípios hoje tem a obrigatoriedade de prestar a prevenção, juntamente com as ações de prevenção ligadas a atenção básica, né a promoção, na verdade ta ligada mais as áreas de divulgação é dos acessos, tratamentos, diagnósticos da saúde, né e elas e perpassam tanto é os diversos níveis de complexidade uma vez que ela tem que ser utilizada tanto na atenção básica mas tem que ser levada também aos ambientes hospitalares né os ambientes que fazem o diagnóstico, então ela na verdade ela apesar de ta ligada a atenção básica ela tem uma área de atuação muito grande.

Renata – Hum, hum, e o consórcio ele trabalha com ações de promoção de saúde?

P2g – De promoção? É na verdade o consórcio do médio Paraíba ele tem um planejamento anual né é direci, é juntamente com os 12 municípios no qual ele atua, em que ele atua principalmente com as demandas desse municípios né, então é até hoje é não teve nenhuma demanda específica da promoção, específica, porém a gente já desenvolveu diversas ações que é tiveram ações de promoção, não sei se você ta percebendo a minha resposta? Exemplo: a gente trabalhou com o plano, a gente trabalhou com as ações ligadas ao controle da dengue né, ao controle do mosquito Aedes e a diminuição dos casos da região né, tanto do ponto de vista do contingenciamento dos pacientes acometidos quanto do ponto de vista do controle do vetor né e aí nessa etapa do nosso trabalho aqui dentro do consórcio nós trabalhamos com ações de promoção, sem dúvida nenhuma mas o foco principal foi o contingenciamento dos pacientes da dengue e controle do vetor, é bom lembrar que o consórcio do Médio-Paraíba Renata é um consórcio que tem um projeto pioneiro aqui no Estado, onde ele no mesmo espaço ele junta consórcio, ou seja, 12 municípios da região do médio-paráiba, o núcleo descentralizado de vigilância da Saúde, o NDVISA do médio Paraíba que é aqui do lado e central de regulação de internações hospitalar, central regional de inter de regulação, não só de internação hoje é a gente já ta pensando em regular diversas outras ações não só a questão da internação hospitalar, então é muita dessas ações ligadas a promoção ficam por conta da NDVISA, que é uma

estrutura mais ligada a área da vigilância em saúde, que por sua vez vão ter ações mais ligadas a promoção né.

Renata – Eu gostaria que você descrevesse o seu entendimento sobre a saúde ambiental?

P2g – Então ótimo então é como eu já te citei, então essas ações também de saúde ambiental tão ligado ao Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde né lembrando que o planejamento do consórcio e do núcleo muitas vezes tão interligado, várias vezes eu cito no meu planejamento do NDVISA e eles citam no planejamento deles do consórcio, tá dando pra gente ter essa articulação. A vigilância Ambiental é uma área da vigilância em saúde né onde ela contempla, é exemplificando, os projetos de vigilância da água, de vigilância do solo, vigilância do ar também, (risos), e infelizmente essas propostas não estão no nível em que a gente gostaria que estivesse, né é eu por a minha origem, uma das minhas origens como técnico de município é da vigilância sanitária, então ainda na minha época os projetos de vigilância da água eram bem insipientes ainda, hoje eu não sei em que nível que tá eu conheço eu tenho acompanhado via consórcio das discussões de descentralização das análises de água (barulho de click de caneta), hoje exercidas pelo laboratório central Noel Nutels, e creio que isso tá sendo feito num tempo muito menor do que eu gostaria eu acho que a gente tem que agilizar esse processo, hoje a gente aqui na região por exemplo, já tem apontado o município que gostaria de fazer ser o pólo dessa descentralização (barulho de click de caneta), ser a sede desse laboratório descentralizado, pra exatamente agilizar e a gente poder ampliar a questão da vigilância da água, com relação ao vigisolo e ao vigiar, eu realmente desconheço em que nível que está, eu gostaria que estivesse mais adiantado, mas pelo que eu to sabendo tá ainda bem insipiente.

Renata – Você poderia descrever alguns problemas ambientais que afetam aqui a região do Médio-Paraíba?

P2g – A gente pode citar principalmente né por nós termos uma região (barulho de click de caneta) que tem como característica é ser uma região com grande número de indústrias, as maiores fontes de receitas aqui estão ligadas a indústria e agropecuária, a indústria em primeiro lugar, posterior a agropecuária, depois a gente cita outras fontes mas essas são as principais, então a gente tem grandes fontes poluidoras do ar e da água aqui, né a gente pode citar aqui como principais indústrias e aí por conseguinte, elas são as principais poluidoras a Companhia Siderúrgica Nacional, né, já aqui em Volta Redonda, em Barra Mansa a gente também tem outras Siderúrgicas, na área de Resende a gente tem também várias indústrias de peso como a Peugeot, a Wolks né e algumas

inclusive ligadas a fabricação de pesticidas, né de agro-pesticidas aí, e recentemente a gente teve um acidente sério aqui na região, não sei se você ficou sabendo, foi noticiado aí, onde teve uma mortalidade enorme no rio Paraíba de peixes e, inclusive não só peixes quem consome a água como Capivaras, garças, pássaros, toda essa população, de Resende até depois essa zona foi toda afetada por esse vazamento que aconteceu nessa indústria, então a gente tem problemas severos com relação a saúde ambiental.

Renata – E o consórcio, ele atua nesses problemas, como ele atua nesses problemas? (barulho de celular tocando), (quer dar uma pausa?)

Renata – É como o consórcio atua nesses problemas que você citou ambiental?

P2g – Os problemas ambientais. É até hoje, Renata, a gente não teve nenhuma demanda de municípios para atuar é na nos problemas ambientais da região, ainda não tem né, o que eu posso dizer é que o consórcio hoje a gente ta se adequando a Lei 11.107, eu não sei se você tem conhecimento, uma Lei emitida em 2005 e que ela na verdade foi criada principalmente para área de saúde, porém ela vislumbra qualquer área de atuação entre os municípios e entre os entes consorciados não só nos aqui, o Estado entra como anti-consorciado, o Governo Federal também e, é a uma sinalização de alguns municípios da gente ta atuando também na área ambiental né, principalmente na questão dos resíduos sólidos né é tem um consórcio pra ta fazendo a gestão dos resíduos sólidos da região que é programa severo em termos ambientais, isso é uma sinalização de um município, a gente tem um estatuto, o estatuto tá caminhando pra ser um estatuto genérico, ou seja, isso poderá fazer a qualquer momento, dependendo somente da vontade dos entes consorciados, quem são os prefeitos da região, se eles quiserem eles sinalizam pra gente que a gente monta um projeto e faz isso. Tá Bom?

Renata – Só pra terminar eu vou pedir pra você completar uma frase né, é no caso de uma perspectiva futura né, se o enfrentamento desses problemas ambientais que afetam a saúde da região aqui, ele poderá ser eficiente quando o consórcio

P2g – É aí eu creio que o consórcio é uma grande inst, é uma grande ferramenta otimizadora de recursos, quando o consórcio é através da articulação entre os municípios é se exatamente, se juntarem, unirem forças e otimizarem recursos, então a exemplificar é construir uma grande unidade de lixo urbano na região podendo dar conta da demanda de resíduos sólidos dos municípios ou fazendo um grande projeto de despoluição do nosso maior rio que é o Paraíba e assim por diante né, o consórcio é exatamente essa ferramenta, essa ferramenta de articulação e otimização desse recurso, fortalecimento dos municípios, dos gestores, desses prefeitos.

Renata – Tá ok, ... olha muito obrigada pelo seu tempo aí.

P2g – Imagina.

Tempo: 15 mim.

P3g - Vigilância epidemiológica

Renata – Fala (risos).

P3g – Então assim é, quer dizer, a vigilância do ar atmosférico, ela foi implan, foi implementada, implantada aqui em Volta Redonda em 2002, Volta Redonda foi um dos 5 municípios do País primeiros a integrar a o trabalho da Secretaria de Vigilância em Saúde que tava começando a dar os primeiros passos na na vigilância do ar atmosférico, que era mais é mais um uma das modalidades da vigilância ambiental, então qual foi o critério para isso, o critério era não só ser cidade industrial e tal mas já contar com o monitoramento de (_____) e que o município tem através da da coordenadoria de meio ambiente, através de um ataque junto ao CSN etc., então o município é monitorado, tem o monitoramento fixo, tem alguns e eu não me apropriei muito dessa tecnologia é um caminho meio complicado (barulho de sinos) – (risos) não tenho idéia, etc, etc, mas tem o monitoramento, então é quando eu te falei (barulho de vozes) da questão vigiar é vigiar.

Renata – Vigiágua?

P3g – Não, não, quando eu te falei do vigiar, do ponto de vista do que você me perguntou se a mais a coordena o meio ambiente que importa, não a parte do monitoramento atmosférico que coordena esse impacto hoje é a Secretaria de Meio Ambiente municipal nosso, mas antigamente era uma coordenadoria e a parte dos assuntos da questão saúde de de instrumentar dados etc, timidamente é a Secretaria Municipal de Saúde é aqui, ficou aqui com a vigilância epidemiológica, inicialmente começou com a saúde do trabalhador né, que importava e depois com a saída do Marcelo aí veio pra mim né, então vigiar ficou aqui, por isso que eu to te falando, esse ano inclusive a gente tem que estabelecer a unidade sentinela e vai ser nessa (barulho de carro) determinada unidade de saúde, porque ela está comandando o equipamento de monitoramento atmosférico, então tem vigiar aqui, o vigiágua lá na sanitária, é eu não sei porque a gente pensou talvez na questão da possibilidade de uma fiscalização futura né, de um prestador de serviços nossos de água, aqui municipal, desde que não tem CEDAE, ou serviços de abastecimento de água e esgoto do município, da autarquia municipal e aí foi destinado que fosse a Fiscalização Sanitária, já que tinha poder de polícia e tal, essa coisa ficou por lá. A saúde do trabalhador, que eu não sei se entra ou

se não entra né, na vigilância ambiental. O vigisolo que também ficou com o pezinho ligado lá na Fiscalização Sanitária e eu acho que só e, a dengue ficou fora né, é agentes biológicos ficaram fora da vigilância ambiental, pelo menos por ora, eu não sei como é que vai ser no seu trabalho, mas vodê da andamento no Ministério, então é ta assim.

Renata – Fragmentada ...?

P3g – Tá fragmentada e tem uma solução de continuidade importante é hpje, talvez nem tanta, mas que por anos se teve é com a Fiscalização da necessidade de uma participação maior, que eles eram muito isolados em tudo, tinham uma posição difícil e tudo, hoje ta um pouco melhor e tudo, mas ainda tem que melhorar mais, né (barulho de porta) então assim é isso, no grosso tem sido isso.

Renata – E os problemas assim ambientais do município como é que são assim enfrentados?

P3g – Os problemas ambientais...

Renata – Quais são precisamente?

P3g – Que já já mobilizaram população né, colocando a Secretaria Municipal de Saúde é contrapondo, a Secretaria Municipal de Saúde foram eu acho que são, apenas 1 situação porque a CSN eu acho que não entrou, ela entra e não entra, que foi uma questão de contaminação de solo de uma determinada área da cidade, mas que houve um monte de vieses na determinação daquele local, um local que se formou, um condomínio pequeno né, um loteamento, porém a anos que o vizinho do lado era a CSN, com um depósito de escória entendeu, só que os órgãos ambientais autorizaram, os órgãos competentes da prefeitura autorizaram a construção e fizeram as casinhas, as pessoas foram morar, numa determinada rua sem saída tem lá o gradeado da empresa demarcando o território e, aquela capa de escória que até pode receber um manto verde né, até recomendado pra que o vento não deslocar pra área particular e tudo, aquele monte de escória, então num dado período aí não sei de 3, 5 anos atrás parece que foi observado a presença de algum líquido escorrendo vindo pra sargeta da rua aonde as crianças brincavam e aí é fizeram uma associação com a questão de algumas mulheres que tiveram e passaram por aborto etc. Na verdade havia um movimento em processar a empresa por alguma coisa, ser indenizado, alguma coisa assim e quando foram verificar todos ficaram, todos, quem autorizou a construção entendeu, a empreiteira quando determinou que fosse ali, quem pegou o habite-se, quem, entendeu, a FEEMA, a autorizar a questão entendeu, houve uns vieses que a gente não sabe e alguns pecados aí, então a quando teve essa mobilização toda a sociedade local, igreja, empresa, prefeitura, todos se uniram, a FIOCRUZ foi convidada o pessoal do EOC.

Renata – DAC.

P3g – Não sei se é EOC, é quem trabalha com o pessoal mais vinculado à Saúde do Trabalhador.

Renata – É SEST?

P3g – Isso. É porque é o primeiro ensaio, melhor que se tem é a saúde do trabalhador na no empreendimento, desconhecimento né, do ambiente enquanto potencial na, de adoecimento, aquela coisa toda, a gente fica meio fora, será que poder ser, mas a gente não trás isso muito pra dentro né e tudo, então começaram as discussões, foram feitos alguns estudos de solo pra ver o que que era aquilo, é estudos esses que a empresa empregou por sua própria conta, estudos que a parece que a FIOCRUZ se empenhou em realizar também, mas é eu não tenho nenhum subsídio pra chegar no desenrolar disso, porque eu acompanhei muito distante, na época inclusive, eu nem detinha a questão búzios de ar, ainda era Marcelo Molina que tava indo etc., ele ficou tocando e depois disso foi pra para o Ministério Público, teve algumas, alguns outros encontros, desdobramento disso mas eu não sei qual foi o resultado final disso, porque a CSN chegou a apresentar resultados da pesquisa dela, mas tem a questão da metodologia né, relatada isso é isso, isso é aquilo, então fica aquela coisa meio nebulosa mas, alguma até uma quietação das pessoas né, porque é hoje a gente não houve falar assim muito, outras questões ambientais que é que é que são visíveis mas que a gente não levanta, por exemplo, que a gente não associa aí eu acho que passa muito por uma questão de amadurecimento (barulho de sinos) de dos órgãos públicos na na discussão da incorporação de tecnologia, tecnologia humana inclusive, pra poder empreender determinados estudos ou pelo menos apontar e trazer quem possa pra desenvolver isso, como eu disse a você é uma cidade pequena, é uma cidade historicamente ela é industrial, é uma cidade que a empresa CSN poderosa e foi construída, não tinha adensamento populacional, aonde ela foi inserida né, estabelecida, foi com estudo, então tudo que foi construído no entorno dela que pertencia a ela, que hoje não pertence mais grande parte né, de área residencial, etc, é a poluição não chegar, porque ela fez de acordo com os ventos né, mas ao longe o outro lado do rio ela não ela não tinha, era do município né, então como há mobilidade, por ela ser uma grande portadora de entulho trazendo fez a enxurrada e, enfim a cidade hoje é no entorno, mas quando ela veio não tinha esse grande entorno, esse grande, esse grande coisa e a a e realmente né as pessoas assim a é isso eu me lembro, eu não sou daqui, eu sou de Barra Mansa, nascida e criada lá é mas as pessoas aqui falavam assim a tem uma determinada hora do dia que a roupa fica suja com fuligem e etc, mas uma coisa muito assim, como é que eu vou te dizer

(barulho de sinos) sempre há consciência, mas uma coisa consentida né, porque ali, dali eu tiro meu sustento né, então eu entendo que ela é ela é poluidora mas eu aceito e vou varrendo o meu quintal três vezes por dia eu limpo a minha casa né e tudo, enfim não é mas eu não vejo assim.

Renata – Mas Valéria você falou de um grande problema de uma grande questão que deve ter mobilizado todo município né, quando essa questão do aterro lá a escória, agora e existem outros problemas ambientais, outras questões ambientais que são menores, que vocês aqui, que vão se traduzir também em adoecimento da população que você consegue perceber ou que vocês percebem?

P3g – O que a gente merecia, estudos pra ver nexos são as afecções respiratórias né, tem um "q" da incidência de prematuridade, que a gente merecia ter, que tem é você tem uma redução de mortalidade, isso e aquilo, mas é é prematuridade, e em olhar que a gente a lá é prematuro, mas a prematuridade e a nati-mortalidade, seria uma coisa pra serem avaliadas também sobre o olhar ambiental, eu acho que deveria é onde eu falo que teria que ter incorporação de mais coisas porque é é como você não tem é com certeza.

Renata – Um responsável?

P3g – Um responsável ou uma equipe, pra pensar vigilância ambiental, seja num, numa cartilhinha menor, resumida do Ministério da Saúde, seja uma coisa maior, pensando na nas pessoas do município, você fica muito assim no achismo né e na expectativa de alguns produtos de estudos que possam surgir de alguém que esteja de repente envolvido né, então a gente tem alguma coisa aí pra sair é é talvez, até já tenha saído, de doutoramento e tal fazendo essa associação né, tentando fazer um pouco de associação entre pré-maturidade com questão ambiental né, pelo menos de uma série histórica aí de 2000 a acho que foi até 2008, eu passei, não me lembro qual foi o tempo não, mas eu acho que foi mais ou menos isso, 18 anos por aí, e o resto até conseguir é ver outras coisas, o DATASUS e tal é bem eu me perdi.

Renata – Você estava falando dos problemas assim e as infecções respiratórias.

P3g – As infecções respiratórias agudas, porque você hoje, Volta Redonda é uma cidade com quase 100% de saneamento básico, pavimentação, entendeu, você tem poucas áreas de posse que é que logo serão pavimentadas e tal e esse é o comportamento da cidade e tudo, as suas áreas novas de posse, logo legaliza, logo que chega o serviço e etc, então no ponto de vista mais grosseiro, vamos dizer assim, a incidência respiratória é porque aquele bairro lá não é pavimentado, então é terra, então tem movimento e tal que não sei o que, então é por isso que ta sujeito, não você tem uma cidade que hoje até de uma

certa forma, pode sofrer e tem sofrido um aumento do índice pluviométrico pela falta de impermeabilizar (risos), vai tacando asfalto e vai deixando a água bater e correr né, é aqui do não é uma questão de tá entupido ou não, é um volume de água muito maior e tal, então tem essa questão, tem a questão e aí eu fico puxando a coisa pro vigiar, tem a questão das afecções circulatórias né, o peso que essas infecções respiratórias, circulatórias, levam a prevalência delas em termos de mortalidade principalmente né, tem quando você começa a ver será que é uma questão só comportamental né de você tá perdendo, tudo bem você pode perder (barulho de vozes) mais homens, mas você começa a ver mais cedo, quanto mais cedo o fato, o fato, será que é, por isso, esse monitoramento seria importante, mas é por outro lado, você tem uma conformação da entrada de dados é da produção do serviço de saúde, que não é em nenhum momento, foi pensado em ser feito de uma forma facilitadora, pra você casar a leitura de monitoramento com a leitura dos dados de saúde, então é você chega no rendimento da saúde, você chega de repente, você pode chegar até dias, mas não chega a horas, 24 horas, monitoramento é 24 horas, então a oscilação de um determinado gás, de um determinado troço qualquer né em névoa, pode ser mais em determinada hora que em outra, então você mas pode ter um efeito acumulativo por alguns dias, mas você não tem a leitura para isso, você tem que ir na mão né, colhendo dados e isso fica muito complicado, quando você trabalha com grandes volumes de atendimento, então assim de uma forma geral, talvez essas duas pontas pra ser olhada dessa forma, você pensando só no micro ambiente como devia né, a casinha dele, o que ele tem dentro da casa, as pessoas que tem no entorno, se tem fumante, se não tem, não sei que, não sei que, isso respiratório, seja pro idoso, seja pra criança, e a questão de ter também respondido questões de acesso a serviço pra essa parte vascular se você tem respondido isso (e não é que tá chovendo).

Renata – Falou da chuva eu trouxe a chuva.

P3g – E tudo, pra ter essa demanda.

Renata – Você trabalha assim com uma integração com o pessoal da atenção básica ou não?

P3g – Depende do que você chama integração.

Renata – Ações, então vamos ser mais específicas, a questão da promoção de saúde aqui na secretaria? Existem ações relacionadas a promoção de saúde?

P3g – Existem ações de promoção de saúde na atenção básica acredito eu, voltada pros macro-problemas que é o pacote que você tem de coisas, então pro diabetes, pra hipertensão é entendeu, ampliar pra imunização mas ampliar isso ao ponto de trazer

discussão pra questões ambientais, pra é claro o macro-ambiente pode produzir que não sei o que, isso não tem não, isso com certeza não, tem um trabalho na questão pontual, na esfera pontual por exemplo, de repente você pode chegar numa unidade nossa que se chama Padre Josino, talvez ali tenha algum trabalho é coisa, mas aí por fator biológico, porque ali tem uma reserva de mata, que ali tem transmissão pra leishmaniose, então ali tem um olhar diferenciado, mas é ali, entendeu e talvez o pessoal nem se ligue (risos) não olhar sei lá é meio ambiente, ele também, ele esta fazendo uma fala ambiental, entendeu, não sei, que vê que o lixo que é tem no fundo das casas pelo mesmo, na área do bairro, aonde é mais limítrofe é mais próximo das primeiras é coisa verde que começa a dar início dessa são pequenas né, matas, mata atlântica, é resto e tudo e você ali ta jogando aleatoriamente o lixo e tal pra facilitar a aproximação de roedores da mata pra cá, após você chegar lá na casa e na casa do cachorro dorme o gambá, porque o gamba toda a noite, agora eu (risos) é uma coisa assim, então pra ali, particularmente isso, né mas mais por uma demanda da doença em si, da situação.

Renata – Da exposição ao ...

P3g – É da exposição a alguma coisa né, exposição aí biológica né, com nome e sobrenome de doença né, agora sei lá...

Renata – Vocês cresceram muito com equipes da estratégia de saúde da família né, num ritmo furioso que eu vi.

P3g – Infelizmente sim.

Renata – Por que?

P3g – Infelizmente porque (barulho de buzina) a programação inicial, era pra crescer lentamente até 2008, eu acho que um naco de tempo aí, é saúde da família começou aqui em 95, eu acho que o PROECE chegou não sei se 2000, 2001, 2002, sei lá quando, quando foi feito o desenho do PROECE pra aprovação, se previa que essas ampliações elas seriam paulatinas, com o tempo de você treinar, com o tempo de você fazer uma interlocução mais próxima, como era nas primeiras equipes que existiam, que foi que entraram em 95, que entraram em áreas mais fechadas da cidade, que não havia a perspectiva de cidade de médio porte que tem PSF de uma forma tão maciça e tudo e aí aqui particularmente veio né o PROECE foi aprovado etc, mas entre 99, que foi o fim de um governo e 2000 o início de outro, se fechou porque acho que era uns 10 PSF ou 11 e no final de 2002, de 2000, já tinha acho que 22, então começou a ser uma progressão geométrica, entra muita gente, entra muita gente e você não consegue é a o médico e o enfermeiro, foram acho que todos inseridos, os médicos boa parte se retiraram, porque os médicos eram concursados e tal, já tem muito tempo que não tem

concurso, então médicos que não quiseram, que declinaram da questão do PSF, tinham alguma especialidade, então foram aproveitados para o segmento diferenciado, então você começou a receber um monte de gente recém formado que você precisaria dar mais atenção para que essa incorporação então, nesse volume não se pensou em nada, não pensou que é uma secretaria precisa pensar no volume calculado né, nos seus exames de análises clínicas lá, seu raio X né, a sua coisa de medicação de auto risco e assim então, esses últimos anos foi tudo assim, muito atabalhado né, muito atabalhado, por isso que a gente fala assim né, antes porque é é você tem uma secretaria com uma cobertura boa etc, é a despeito que se diz de alguns indicadores são melhores porque que no PSF é um equívoco, esses indicadores já existiam antes do PSF, você já tinha uma série histórica denunciando que você tava indo pra lá entendeu, não é que você tava aqui e de repente você foi caindo, você já vinha né, num acerto, na redução da mortalidade infantil é que o pessoal tanto fala é o PSF, o PSF é resolutivo naquilo que é mais neo-natal, naquilo que é antes é irresolutivo né, não vai ser, vai ter que ter outras formas aí né né, quem arrumar vai ter que ter lá a tal da UTI neo-natal, vai ter que ter um pré-natal mais atentado né e tudo enfim, mas é é mas, hoje ele tá posto, ele tá colocado e agora o trabalho é começar, Graças à Deus parece que apareceu alguém (risos) e agora a gente vai ter o trabalho de colocar o pessoal mais ajeitado, então se você por exemplo, o agente comunitário é se tentou, tem se tentado convencer, que esse essa categoria, de começar a incorporar ações do agente sanitário da dengue, com um detalhe, não vai subir escada pra ver caixa d'água, mas quando ele entra na casa, ele vai ter que ter um olhar clínico, olhar e ver condições disso, da também pra ver uma conversa e tem porque a questão de você não ter recurso pra enriquecer o combate a vetores no tanto que tem que ter, a tem recurso, recurso é pra cobrir várias coisas não é só para isso, a discussão eu comecei agora, não é contra você nem pra todo mundo né, mas é fica complicado.

Renata – Pelo que eu to percebendo você tem um uma interlocução grande com o caro do PSF, com a atenção básica que trabalha no PSF?

P3g – Tenho.

Renata – Conseguir trabalhar articulados?

P3g – Conseguir.

Renata – Com relação aos outros municípios?

P3g – Os outros municípios da região teriam que ser os próprios municípios, porque por exemplo, Barra Mansa e Resende são menores em população mais guardam uma semelhança com Volta Redonda.

Renata – Vocês tem assim idéias dos problemas que eles estão enfrentando, se são comuns ou não, em relação a toda a parte de saúde, a questão até, problemas com o a gente falou aqui ambientais?

P3g – Bem é tirando Barra do Piraí que parece que não anda nunca, não sei o que acontece com Barra, Barra sempre foi assim é eu acho que de uma forma geral os problemas são comuns a todos né, a incorporação muito rápida, leva a hipertrofia profissional, com poucos profissionais um tanto despreparados é as cidades maiores são cidades industriais, tem a mesma característica até de estruturação, se você for pra Barra Mansa, Barra Mansa tem o mesmo “q”, até acho que melhorou um pouco, porque eles conseguiram separar vigilância ambiental da sanitária, eles conseguiram né.

Renata – Então Barra Mansa tem um setor de Vigilância ambiental?

P3g – Tem, tem um setor de vigilância ambiental é tem um setor de vigilância em saúde, você conversou com Inês e Inês na verdade é uma Superintendente de ação em saúde entendeu, a vigilância em saúde já cansei de falar que tem que sair, no mais o que todo mundo ligado a área programática tá ligado a essa essa Superintendência.

Renata – E a atenção básica.

P3g – A atenção básica aqui já tem alguns anos que é foi feito o seguinte havia a figura de uma pessoa. ----- (FIM DO 1º LADO)

(COMEÇO DO 2º LADO)

P3g – Pelas ações de saúde, os distritos sanitários, os coordenadores dos distritos sanitários são 2, seriam as pessoas a estarem assegurando a questão da estratégia como um todo, apesar de ainda existirem algumas unidades básicas de saúde.

Renata – E no caso a estratégia de saúde da família, ela (barulho de vozes) fica, tem um coordenador pra ela?

P3g – Não.

Renata – Não tem, os distritos sanitários é como se estivesse descentralizados?

P3g – É descentralizado, não tem uma pessoa que..

Renata – Possa responder.

P3g – Que responda.

Renata – No caso eu teria que entrevistar os 2 responsáveis?

P3g – É teria que entrevistar os 2, de preferência a Guta porque o outro companheiro ele tá chegando agora e ele não tem vivência nisso. A Guta sim, a Guta é uma enfermeira de PSF de longa data, pegou lá no final, lá nas fundações lá e tudo então ela ela ...

Renata – Então eles seriam os interlocutores de vocês com relação ao PSF?

P3g – Ao PSF sim. Tudo passaria por eles ou tudo passa por eles. Aqui vigilância epidemiológica né e o programa de imunização às vezes nem conta, que aí é vertical mesmo né, mas todos os demais passam por eles entendeu, então isso já tem o que? Acho que tem uns 2 anos porque foi a Scheila, a Scheila saiu veio a Francine e a Francine acho que ficou 3 anos, aí quando mudou eu falei não vai ser, vai ser assim, agora fica incorporado mesmo não tem essa coisa, e não tem um coordenador, e não tem um coordenador de atenção básica, não tem, é o distrito sanitário, mas assim não se entusiasme é o distrito sanitário conceito Volta Redonda, ainda falta muito pra que o conceito ...

Renata – Quantos distritos tem aqui? Só 2 né?

P3g – Eram 4, aí foram morrendo, morrendo, viraram 2 (risos). Eram 4, eram 1, 2, 3, 4, a cidade era dividida em 4.

Renata – Agora ta em 2.

P3g – Agora ta em 2, uma banda do rio e outra banda do rio e o conjunto de rede básica de atenção, estratégia de saúde da família, unidades básica de saúde, são 42 ou 41 unidades, nessas eu acho, que vai ter, tem umas 30 ou 35 não sei, que são estratégia de saúde da família e tem algumas ainda unidades básica, que tão migrando, tem algumas que nesse atual governo, acho que deixaram de ser estratégias de saúde da família, até porque há o caminhar que a população sempre fez pra aquela unidade é é ela corredor, entendeu, então fica fácil passar para outros, descer e buscar alguma coisa, então não dá pra ser estratégia da família pensando com um monte de ônibus passando na porta, e historicamente essa unidade sempre foi assim, ela sempre, então tentar fechar, cria é sempre uma animosidade com a clientela né e tudo desnecessário, de repente ter (barulho de trovão), o que é isso?

Renata – Nossa!

P3g – Tá bombando, então é isso.

Renata – Ana Valéria, obrigado, agora eu queria te pedir um favor né, a Guta né, se você poderia mandar um contato com ela pra poder ...

P3g – A Guta geralmente ela fica no prédio, geralmente mas é ...

P4g - Atenção básica de Volta Redonda

P4g – Ta gravando?

Renata – É, como seriam planejadas né e desenvolvidas as ações da atenção básica no município aqui de Volta Redonda?

P4g – Hoje a gente tem uma uma uma questão né, (barulho de cadeira arrastando), fora a ação programática né dos programas (barulho de música) a gente tem no distrito uma área técnica né, e essa área técnica ela trabalha junto com os programas, na área da mulher, da criança, não vai dá né. (barulho de porta fechando). Se ficar aberto será que ele tomba?

Renata – Eu acho que não.

P4g - Na área da mulher, da criança, na área de programação de planejamento, na área do próprio seado que estaria dentro dessa área técnica, então como que a gente tem trabalhado? A gente tem trabalhado cada ação planejada ela é executada através da área técnica, ou seja, a área técnica é que vai implantar isso nas unidades vai monitorar, vai acompanhar, seja a ação, é qualquer ação programática então a gente ta trabalhando com essa lógica né, não só da da do que foi planejado, mas assim do monitoramento disso, do acompanhamento né, principalmente do pessoal do saúde da família na questão do dos dados né, dos tanto do seado, quanto do próprio caderno gerencial que a gente tem implantado nas unidades né que é avaliação né de como é que a gente ta fazendo aquilo que foi planejado, então assim é muito mais do que planejar é o desenvolvimento disso na conta né, que vai desde a programação da unidade, agenda de enfermeiro, dos médicos, até mesmo a questão né de de de dados né, número de nascidos vivos, como que eu planejo minha unidade? através do meu diagnóstico né, quantas mulheres eu tenho? Quantas crianças? Quantos adolescentes? Então eu vou fazer minha programação em cima daquilo, então a gente tem trabalhado dessa forma muito na ponta, por isso que essa coisa do distrito enquanto atenção básica é muito próxima das unidades, tem sido assim uma experiência legal a gente tem visto assim um retorno bom das unidades né, porque a coisa de você planejar pro outro executar né, da uma uma distorção, então é o planejar, é o avaliar junto né e através também da supervisão.

Renata – E, eu poderia te pedir pra que você explicasse essa questão do distrito né, como não tem mais, não existe a figura do coordenador da atenção básica?

P4g – É, é a gente tem hoje dois distritos em Volta Redonda, (barulho de tosse) temos 61 equipes de saúde da família, 42 unidades, 9 básicas e o restante todo unidade de saúde da família e hoje a gente tem duas coordenações, uma do distrito norte ao qual eu pertencço e uma do distrito sul, trabalhando diretamente com a superintendência da assistência a saúde né, então hoje a gente tem é uma autonomia mesmo de distrito, não só como território né, mas de distrito enquanto é a questão epidemiológica né, hoje o que que a gente vai fazer além da da de algumas questões verticais né, que já chega e

you are going to execute, the people will do what is really knowledge (noise of people entering the room and asking for permission – conversation parallel – is it? Da Márcia), which is like knowledge of the unit (noise of door closing), of the district, then I leave you to explain better because he interrupted my line, after you will ... it is like this, this question of the program (unit), I am not making any criticism of the programs, but the program has a vision very inside (unit), it has a vision very like this, of what the program is, then the people always had a criticism of the unit of execution of what the units did not program, did not participate in this programming, then when we managed to do this territorial optimization of north and south, and we managed to walk together is to do, to constitute the technical area of the district, because this technical area is what? It is the tip (unit), it is not the central level, it is the tip of people who came from the tip with all this experience of the unit, with all the difficulties of the unit and today this technical area what does it do? It goes together with the unit to execute what was planned many times and to plan some situations for the parallel (unit), and here is one thing the first thing that we did was to reorganize the territories, because the people had a very rapid expansion in Volta Redonda, we went from 11 units (noise of cough) and we went to thirty and few and it was growing, growing then these territories they started to collapse, that thing was quiet (unit), that you see even when the strategy grows, then last year when we managed to map north and south, to define because it was (noise of door closing) divided by the river (unit), left margin and right margin and we managed to take two districts, the medium complexity that was mental health, that was some units of medium type is laboratory (unit), that is the role of the medium, we managed to do that the district administratively did not respond to these units, we are left only with the basic, that is why this model is more focused on basic care directly linked to the districts (unit), it was legal this change, because we were with forty and few units even with a very large distortion we had for example, the CDI, is the center of infectious diseases, laboratory central, everything inside the district, an administrative structure, but in the counterpart of the management of those units they were inside the medium, then it was confusing then what we managed to do, the medium with the medium complexity and the districts are with the basic and in the basic there is also oral health (unit), then the four that are inserted inside the districts. I don't know if it worked ...

Renata – Deu deu sim, é existem devem existir dificuldades né?

P4g - Ham, Ham.

Renata – Então se existem dificuldades como é como é que são essas dificuldades? Desculpa, como são enfrentadas e quais seriam assim os pontos fortes que você ...

P4g – Das dificuldades?

Renata – Não.

P4g – A ta, se existe dificuldade?

Renata – Descrevê-las.

P4g – Com certeza, existe muita, até porque isso é uma situação muito nova, hoje uma grande dificuldade que a gente (barulho de porta abrindo e gente falando) pontua é a questão da supervisão (barulho de porta fechando), porque a área técnica, ela não é a equipe de supervisão, ela pode até ser também a equipe de supervisão, então isso é uma coisa que em Volta Redonda ainda não tem é essa questão da equipe de supervisão, que a gente considera assim uma coisa muito importante do fazer junto mesmo né, do além do planejar é a nível de de programação de qualquer coisa e você ir pra dentro das unidades e construir aquela tudo o que você planejou, então isso é uma dificuldade que nós ainda temos, nós temos hoje três três pessoas que nós identificamos na rede, trouxemos pra junto do distrito e essas pessoas nós estamos assim investindo nelas né, pra que a gente consiga fazer essa equipe de supervisão que seria o que? Que seria não, vai ser né, a questão mesmo de pegar toda essa programação, toda essa coisa e ir junto da unidade, fazer junto com a característica do local, característica daquela equipe, daquele número de profissionais, daquele território, daquela daquele diagnóstico epidemiológico né, porque a gente tem o planejamento pronto, planejamento você faz tranquilamente, agora implantar e não só implantar aquilo mas é acompanhar, então essa é uma dificuldade sim pra mim, na minha opinião pontual nesse momento, ta caminhando? ta, mas é difícil você identificar também esse perfil dentro das equipes e pessoas que queiram assumir isso, mas é uma coisa assim que a gente né a gente ta numa gestão nova né, de quatro meses isso ter sido colocada assim por essa gestão como uma coisa fundamental.

Renata – E quais seriam assim os pontos fortes, da (....) que a atenção básica conquistou nos últimos ... ?

P4g – Eu acho que, nos últimos né, não só falando esses quatro meses de gestão que eu acho que teve um, modificou realmente, que veio de encontro com aquilo que a gente tava vivendo e pensando né, é um exemplo que eu vou te dar, por exemplo, ano passado a gente trabalhou muito com a questão do agente comunitário, do número de famílias assim é com padrão de cento e cinquenta, cento e oitenta famílias né, a gente não quis trabalhar com padrão alto porque dá um pouco né, ter qualidade esse serviço, então eu

me lembro exatamente quando eu fui apresentar o distrito pra pra nova gestão e que eu coloquei aquilo né, e tal e todo mundo nossa que bom isso que vocês né, trabalharam dessa forma né, então assim, eu acho que os ganhos foram esses né, a gente melhorar a qualidade do do do trabalho né, e vem de encontro com pessoas hoje desse grupo que tem realmente essa visão, então a gente tem é mais o que? Apoio né, então acho que esse apoio né, é fundamental.

Renata – E como é que vocês percebem, né? Como é que são percebidos os problemas levantados nesse cenário aí da atenção básica?

P4g – Volta Redonda é um cidade tipicamente industrial né, que a CSN é aquela situação a gente tem é no centro que é a nova Vila Santa Cecília o monitoramento lá de é do ar né, bom, ruim, deficiente né, e todo mundo que passa ali questiona se aquilo é real ou não é, então assim, eu acho que a questão mesmo, o rio paraíba né, a gente tem que pensar nisso né, nessa nessa coisa toda do cal..., o próprio lixo né, das comunidades e aí eu acho que é a saúde da família trabalhar isso, a questão do ambiente, a vigilância em saúde né, isso é o tempo todo né, a gente tem uma cidade que tem uma coisa ambiental que é a CSN, então é uma cidade que já melhorou muito, você vê pelo céu, era muito mais cinza, pesado e mas eu acho que a gente ta muito longe ainda de saber realmente é, trabalhar junto né, porque hoje nós nós nós atendemos quem? Muita das vezes essas pessoas que a poluição ta ta interferindo na saúde né, e eu acho isso muito distante.

Renata – Então qual seria assim o papel da atenção básica?

P4g – Eu acho que atenção básica é essa coisa da vigilância em saúde mesmo né, é a monitorar isso não só a questão da poluição do ar mas a questão mesmo de tudo né, porque assim a gente tem um um um uma cultura da da da população muito interessante né, se vê um monte de carro poluindo a cidade, você vê um monte de de de de questões assim, é que deveria gerar algum tipo de reclamação, algum tipo de questionamento e as pessoas não questionam, elas questionam muito a saúde, a não tem isso não tem aquilo, mas a gente tem uma cidade que tem tudo isso né, essa questão ambiental e ninguém ninguém pensa assim, questiona, então eu acho que o papel da atenção básica é buscar isso lá dentro das comunidades né, como é que ta, esses dias foi até interessante, a gente foi numa reunião de conselho gestor numa comunidade e uma das das maiores queixas foi a questão do da coleta de lixo, então é muito legal quando você vê isso né, tirar muito esse foco da assistência né, tem médico, não tem médico que é uma tônica né, e vê que as pessoas começaram a perceber o todo né, então eu acho que esse é o papel da atenção básica é fazer com que as pessoas despertem para isso e não só a questão

mesmo de onde tem saúde da família ou não porque você encontra isso em qualquer bairro né, em qualquer lugar, as vezes bairros que não tem a estratégia da saúde da família e e você vê coisas assim né, de poluição, de agressão ao meio ambiente.

Renata – E, eu sei que vocês aqui não tem a vigilância em saúde ambiental?

P4g – Não, não tem.

Renata – É que eu queria saber como vocês se articulariam, tem uma secretaria de meio ambiente, então vocês tem alguma articulação com eles ou não?

P4g - Tem, mas é isso que eu falei pra você eu acho que a gente ta muito ainda ...

Renata – Não tá ainda ... trabalhando junto?

P4g – Não, não a gente tem algumas ações pontuais né, algumas coisas por exemplo, tipo dengue né, quando você vai fazer um mutirão, um trabalho, aí junta todo mundo, meio ambiente, serviço público aí vai fazer mutirão do lixo né, das questões e tal mas é pontual não é, não é programado, não é rotina né.

Renata – É você tem algum, você pode descrever assim a sua ciência sobre as formas da atuação da atenção básica nos outros municípios aqui do médio paraíba, você tem ciência ou não?

P4g – Não eu, a gente tem os nossos vizinhos né, Barra Mansa não sei como é que ta, sei que Pirai funciona muito bem, Pirai tem uma cobertura de cem por cento de saúde da família município bem organizado, bem né, com um grupo a muitos anos ali fazendo, mas não não tenho assim um parâmetro né, eu tenho eu tenho assim, o que você é vê em algumas situações que você convive junto né, mas não sei eu acho que que as as os municípios né, eles eles vêm a saúde da família e a atenção básica assim muito como, aquela coisa assim a vai resolver e e de repente quando a gente começa a entrar mesmo na situação a gente vê que é a atenção básica é um negócio assim complicado, se você não tiver realmente pessoas né, com conhecimento disso você acaba fazendo uma coisa meio que maquiada né, por cima, então eu já trabalhei em outros municípios, assim que no momento que, não era nem atenção básica era saúde coletiva né, aí você trabalhava com vários programas, várias coisas e eu vejo e as vezes eu tenho notícias desses lugares e estão a mesma coisa né, não é o saúde da família que modifica, ele vem como uma estratégia que que pra ser implantada, mas o que modifica é realmente o todo né.

Renata – Com certeza, e o que você entende por promoção de saúde?

P4g – É, eu acho que é tudo isso que a gente ta falando, promoção é você promover tudo né, o meio ambiente né, a a questão da vigilância em saúde mesmo, porque a gente vê que o que o indivíduo é muito voltado pra assistência né, mas nós também de uma

certa forma que né, temos também toda essa participação, então acho que promover é isso aí é você é é é você fazer com que essa estratégia saia de dentro da unidade e vá pra pro território né, é trabalhar junto a escola, criança eu acho que é uma grande promoção.

Renata – Vocês desenvolvem essas ações de promoção de saúde?

P4g – É tem, tem lugares que a gente tem isso muito legal, muito bem feito né, com a questão mesmo da educação junto, as unidades assim do lado da escola que sempre que a gente ta fazendo algum tipo de programa, mas eu acho que o que dificulta muito é o dia a dia né, você é absorvido por aquela monte de de de por isso que a gente tem que planejar a hora que você tem planejado seus períodos e que você tem seu momento da promoção né, você vai pra dentro das comunidades, faz trabalho com escola, faz trabalho com as representações mesmo da comunidade, a questão do controle social, você consegue reverter muita coisa, agora isso (barulho de vozes) aí é uma coisa que a gente vai ter que é é um longo tempo né, porque hoje o indivíduo ele ta muito voltado mesmo né, da questão, infelizmente né.

Renata – É, assim, como que você, os problemas da atenção básica, como eles são resolvidos?

P4g – Como assim, problemas?

Renata – É quando você identifica algum problema é você, vocês resolvem só na, vocês conseguem resolver, se vocês precisam de uma instância maior, vocês tem algum interlocutor?

P4g – Não, a gente tem, o que que nós temos hoje, a gente tem uma, a gente tem ...

Renata – Os problemas identificados pela ...

P4g – É os problemas identificados é assim, nós temos toda semana uma reunião de assistência né, porque ta o grupo ta, o núcleo de gestão de secretaria, ta o a coordenação dos programas né, tipo uma forma de colegiado né, mas é uma reunião de assistência, está a média complexidade, o departamento de de de programação que é o DIPA, o a questão do do do departamento administrativo que vê toda a parte da infra estrutura e o fundo municipal, então a gente toda semana essa reunião no qual nós levamos né, algumas coisas, porque é assim o distrito hoje ele tem essa autonomia pra resolver né, o que pode o que pode ser resolvido vai resolver e o que não ...

Renata – Na baixa na baixa complexidade?

P4g – É na na na atenção básica né, agora tem situações que a gente vai precisar, por exemplo, eu eu identifico que eu tenho que reprogramar uma unidade, aumentar cota de exame ou ou ou aumentar é alguma coisa que dependa do departamento de de

programação e avaliação então eu tenho que interagir, eu identifico alguma questão da atenção básica que a média complexidade está inserida, eu vou ter que ...

Renata – Aí nesse colegiado é que vocês ... colocam?

P4g – É é colocado isso, essa essas dificuldades pra gente poder resolver, então essa questão mesmo de da integração né, eu não eu não consigo ainda ver a gente não tem uma integralidade pra fora né, para as outras secretarias né, isso eu acho um grande desafio também né, que a hora que você identifica uma situação que você tem que envolver a ação social ou próprio, a gente ta falando do meio ambiente, serviços públicos e tal, não é uma coisa sistematizada é mais mesmo de você ir e buscar algumas né, alguns parceiros aí pra poder resolver, então mas dentro do grupo da secretaria existe essa integralidade ali dos dos setores né, que a gente consegue dar conta de muita coisa, todas as vezes que a gente identifica um problema na na atenção básica, numa unidade básica de saúde, ou seja, básica, tradicional ou estratégia de saúde, que necessita (barulho de tosse) de outras secretarias, é uma situação assim que a gente consegue articular, mas não é uma coisa muito, como é que eu vou dizer pra você muito natural, assim muito da rotina né, a gente tem uma interação boa com o CRAS que é que é né, a ação social, são os CRAS, geralmente cada bairro tem um CRAS.

Renata – Centro de Referência?

P4g - É, Centro de referência.

Renata - De Ação Social?

P4g – Isso, de ação social, então os problemas são resolvidos dessa forma e muito muito diretamente né, com a coordenação de distrito né, a gente tem reuniões semanais com as gerentes das unidades, mas essas reuniões a gente tenta trabalhar nelas mais a questão temática, não muito aquela coisa de passar problema né, os problemas a gente tenta resolver assim mais dia a dia mesmo, pra essas reuniões elas terem mais é é consistência né, porque se não você faz uma reunião do que o outro fala a o meu problema é esse ... e aí você não constrói né, não muda essa situação né, (barulho de porta se abrindo e pessoa falando), então a gente tem feito semanalmente essas essas essas essas situações mesmo pro gerente realmente ele ter condições né, de de de ta resolvendo ali no seu dia a dia né.

Renata – Olha,... muito obrigada, ta.

P4g – Você desculpa porque ...

Tempo: 23 minutos.

ANEXO III

1 . Transcrição das Equipes da ESF Belmonte.

P1s -

Renata – 1, 2, 3, testando...

Renata – Bem é (barulho de vozes), eu gostaria que você falasse o seu nome e o seu cargo aqui na estratégia de saúde da família de Belmont.

P1s – Eu me chamo Antonia, meu cargo de saúde é agente de saúde.

Renata – A quanto tempo você trabalha aqui?

P1s – 1 ano e 4 meses.

Renata – Com o que? Qual é o seu trabalho aqui? Qual o seu? O que que você faz efetivamente aqui no no na estratégia de saúde da família? (barulho de vozes)

P1s – Eu faço visitas né, nas casas, visita aos hipertensos, diabéticos e em geral visito todas as famílias. Eu tenho 175 (cento e setenta e cinco) famílias na minha responsabilidade pra eu ta visitando.

Renata – Qual é o ponto assim é positivo do seu trabalho? Que você mais gosta do seu trabalho?

P1s – A eu gosto muito de ta chegando, visitando os idosos, porque a gente conversa, bate um papo, ali eles podem se abrir sobre os problemas, a gente conversa e idoso já se sente tão sozinho né, quando a gente chega na casa assim eles se sentem tão felizes porque a gente da atenção, senta, ouve o que que lês tem a falar. Eu gosto de ta fazendo esse trabalho.

Renata – E quais são os principais problemas aqui que vocês identificam nessa região?

P1s – Mais é a hipertensão né, que no meu setor tem muito hipertenso, assim eu vejo que mais é isso.

Renata – E com relação aos problemas ambientais?

P1s – A gente vê assim, muita precariedade, as pessoas tem problemas com com os rios, saneamento básico, então tem assim bastante essas coisas que a gente vê.

Renata – É o a saúde da família aqui atua nesses problemas ambientais?

P1s – Sim, porque a gente sempre procura ta trazendo os problemas, ta falando e de um modo ou de outro a gente tenta né, ta solucionando assim essas coisas.

Renata – Como é que é essa solução, assim como (barulho de campainha de telefone), com quem vocês falam pra poder, vocês resolvem os problemas aqui ou vocês (barulho de campainha de telefone) precisam de auxílio externo?

P1s – Precisa de auxílio. A gente ta sempre (barulho de campainha de telefone) liga né, La pra fora procurando alguém que possa ta resolvendo (barulho de campainha de telefone) igual esse caso é mais da da do CRAS né, que a gente quando a gente se encontra com esses problemas assim, na saúde principalmente, com esse saneamento básico (barulho de porta se abrindo), com dificuldade, pessoas que não tem água potável, essas coisas a gente procura ta levando la, a assistente social pra ta vendo essa parte.

Renata – E o que que é o CRAS.

P1s – O CRAS é ali na Siberlandi, onde se tem assistente social que ta vendo essas coisas.

Renata – É o centro de referência?

P1s – Eu não sei bem assim essa sigla, eu não sei te explicar agora bem o que que é, eu sei que eles tem assistente social, tem vários outros tipos de pessoas que a gente pode ta referenciando.

Renata – E com relação a saúde das pessoas, esses problemas ambientais levam, geram que tipo de doenças?

P1s – Assim, aqui a gente não, ainda não detectou assim sobre isso aí, alguma alguma doenças que tenha sido gerada através dessa desse problema.

Renata – Vocês aqui é, como é que vocês se organizam aqui quando você vê um, a equipe detecta algum problema, algum problema da comunidade, como é que vocês se organizam a internamente.

P1s – Aí no caso falando sobre agente SS ou no todo?

Renata – É SS com equipe, a equipe?

P1s – A eu vejo assim, às vezes, é assim bem integrado porque quando a gente, eu trago algum problema do meu setor, a gente procura solucionar juntos, entendeu, aí a gente vai ao gerente né, essas coisas todas igual uma época que eu tive com uma senhora no meu setor que tem pé diabético, aí ela não queria, ela se negava ao tratamento né, porque ela falava que ela não tinha diabetes e tava já o dedo já tava podre, aí foi até que a gente foi, a gerente foi nesse local, a gente pode detectar, levamos até a essa assistente social pra ta fazendo a visita pra ver, mas ela é assim uma paciente bem durona mesmo,

foi difícil pra gente conseguir a a tratar esse problema dela, tanto que ela ia pro hospital e voltava, a gente não conseguia ficar com ela la internada, foi indo até que ela perdeu o dedo mesmo em casa o dedo caiu. O dedo ficou tão, nossa ficou terrível (barulho de porta se abrindo).

Renata – Vem cá, deixa eu te perguntar uma coisa é o que que você entende assim por promoção de saúde?

P1s- A que vejo que é assim, quando a gente ta indo nas casas fazer a nossa visita e falando né sobre, igual no meu setor, igual eu já te falei, são muitos diabéticos, a gente ta procurando diabéticos e hipertensos, a gente procura sempre ta orientando né, até sempre com consulta é agendada, pra ta passando pelo médico, eu vejo assim, sempre que eu visito eu procuro olhar os medicamentos, se ta tomando direitinho e eu vejo que a gente ta, crianças a gente orienta (barulho de porta se abrindo) ta com as vacinas em dia né, (barulho de telefone), sempre olhando os cartõezinhos das crianças.

Renata – E a equipe como um todo (barulho de porta batendo) né, quais são aqui as principais atividades de promoção de saúde que vocês desenvolvem?

P1s – Com a equipe?

Renata – É como um todo, assim o posto como um todo, a unidade como um todo, quais são as atividades assim de promoção de saúde que vocês desenvolvem fora essa que você já mencionou?

P1s – Ta a você quer dizer assim

Renata – Tem alguma outra que vocês desenvolvem em conjunto?

P1s – A ta no caso você ta falando sobre fazer grupos dentro do do PSF pra ta, de grupo de hipertenso, diabéticos, essas coisas, que ta querendo dizer?

Renata – Pode ser.

P1s – Não, por enquanto a gente não tem esse, até funcionava aqui antes esse grupo, mas aí com a saída dos médicos foram entrando uns, entra uns e sai outros e aí acabou, por enquanto ta meio parado aí essa parte de ...

Renata – Existe grande rotatividade aqui na equipe?

P1s – Tem, quer dizer vira e mexe ta trocando, assim não todos, porque os SS é mais fixo né, porque tem que ser do bairro, não pode ta sempre mudando, mas de médico sim, vira e mexe a gente ta assim trocando de médico.

Renata – E vocês participaram de algum treinamento, alguma coisa que envolvesse a as questões de saúde ambiental, meio ambiente, as questões ambientais?

P1s – Participamos, a gente fez uma capacitação sobre falando tudo sobre essa...

Renata – Abordou o que?

P1s – Nesse foi falado, teve parte de meio ambiente, de de saúde, foi falado assim no geral, o que fala sobre saúde e teve foi tudo (barulho de vozes – “da licença”).

Renata – É outro ponto que eu queria te perguntar é se você conhece como funciona os outras equipes aqui de Volta Redonda do saúde da família, se eles tem os mesmos problemas que vocês, e se você conhece como funciona também as equipes de outros municípios?

P1s – De outros municípios não, mas daqui de dentro de Volta Redonda, quando a gente fez essa capacitação teve várias vários PSF que fez junto com a gente, via que eles fazem de maneira diferente, aqui a gente faz de um jeito, lá eles fazem de outro, cada cada PSF é de um jeito, assim que eles procuram.

Renata – E não teve nenhum encontro de troca de experiências de vocês?

P1s – Não.

Renata – Não?

P1s – Não.

Renata – Valeu... muito obrigada pela sua contribuição.

P2s -

Renata – Bem, você poderia me falar seu nome e seu cargo aqui no saúde da família de Belmont?

P2s – ..., eu sou médica do PSF.

Renata – Quanto tempo você trabalha aqui?

P2s – 1 ano, aqui 1 ano.

Renata – É como é o que que consiste aqui sua função? Qual a sua atividade aqui no PSF?

P2s – Aqui eu sou generalista né, eu atendo a família mesmo, eu faço controle de hipertensos, diabéticos, gestantes, consulta de menor de 2 anos, isso é prioridade do programa de saúde da família, mas também tem a rotina de clínica né, que é as outras pessoas que não se enquadram nessas, mas a prioridade são os 3 primeiros.

Renata – Vocês aqui vocês tem alguns problemas ambientais, vocês identificam aqui na região alguns problemas ambientais que interferem na saúde da população?

P2s – Tem, é tem problemas. Tem um lago aqui pra cima, um riacho não sei, que ele não é cuidado, as pessoas pescam aqueles peixes dali, tem caramujo ao redor, tem

muitas casas na beirada de barranco, você vê que foi desmatado, que foi mau planejado, tem todos os problemas ambientais assim, principalmente por ser um bairro de situação sócio-econômica baixa né.

Renata – No caso assim, como é que vocês enfrentam esses problemas ambientais aqui?

P2s – Olha a gente tenta é entrar na casa deles e ensinar a parte de preservação, de conservação, porque é muito difícil né, aquela pessoa olha não importa esse barranco na sua casa, vai cair, e mais que quero construir eu quero, a gente tenta conscientizar e sempre que a gente vê alguma coisa a gente entra em contato com os órgãos competentes, no caso de de problema de infestação de algum parasita com a Zoonoses, no caso de lago entra com a Secretaria de Meio Ambiente (barulho de vozes) ou de obras.

Renata – Vocês entram direto em contato ou vocês tem algum interlocutor que faz esse contato?

P2s – Quem faz o contato é o gerente do posto, a gente passa o problema, olha eu tive um problema com infestação de caramujo ali em cima, aí eu passei pra ela e ela passou pra zoo, entra em contato com a zoonoses e fez a solicitação, mas o morador também pode fazer isso né, a gente instrui eles que eles podem também fazer.

Renata – É como é que se organiza isso? Quais são as competências específicas aqui, com os profissionais da equipe em relação a esses problemas, a essa identificação, existe alguém que faz a identificação do problema ambiental ou não, qualquer um?

P2s – Não, não, todo mundo tem a liberdade, a autorização e a competência para isso, do agente comunitário é a pessoas que ta na rua que vê com mais frequência, eu fico mais restrita ao consultório, mas posso visualizar isso quando vou fazer uma visita domiciliar, porque eu tenho esse essa função, quando o paciente não pode vir o médico vai, a mesma coisa os enfermeiros e os técnicos de enfermagem, mas quem tem mais contato com a rua é o agente comunitário.

Renata – Eu queria que você me falasse um pouquinho do seu entendimento sobre promoção de saúde?

P2s – Promoção de saúde é até feio falar, mas promover saúde é fazer, utilizar métodos né, que façam com que evite a doença, porque a pessoa aqui, nossa função é essa atenção primária é é prevenir a doença, então você tenta intervir nos primeiros sinais da doença no caso meu né, minha função de promoção de saúde é isso, eu tento intervir pra que não tenha problema, um exemplo, o hipertenso, eu tento ver, buscar aquela hipertensão e tratar para que Le não tenha um infarto ou derrame.

Renata – E quais são as principais atividades envolvidas, como uma atividade em grupo, uma atividade agendada?

P2s – É os pacientes são agendados né, consultas periódicas de acordo com a necessidade deles e há de ter toda uma classificação de risco do paciente, a gente classifica ele, 3 é leve, moderado e grave, grave ele vem todo mês, moderado se pode vir de 60 em 60 dias e o leve de 90 em 90 dias, não era nem isso, na verdade o protocolo é de 6 em 6 meses, fica difícil pra população fazer esse tipo de coisa, então a gente classifica esses pacientes e desse jeito a gente vai tocando, tem alguns postos, que eu já até trabalhei com isso, que tem grupo de educação em saúde, a gente fala, só que aqui a gente não teve uma boa aceitação, não teve frequência os grupos, eu já tentei com grupos de gestantes, é grupos de planejamento familiar não tem uma boa adesão da população.

Renata – E o que que você atribui a isso?

P2s – Olha, eu acho que é falta de interesse, porque a gente tentou assim é colocou cartazes pra gestantes, no caso foi que eu me engajei, mais aqui em baixo a gente fez cartãozinho, convite individual, mas não vieram porque a população tem é uma falta de interesse mas devido a cultura, porque o interessante pra ela é a consulta médica, ela acha que vir aqui participar de um grupo de educação em saúde não vale a pena, se falar pra ela que é uma consulta ela vem, agora se falar é um grupo, já não tem tanto interesse, eles não entendem essas parte de prevenção.

Renata – Você me disse que ta a 1 ano no saúde da família, nesse ano você participou de algum treinamento, alguma capacitação?

P2s – Eu tive, a única capacitação que eu tive é foi isso já era ano passado, um trabalho do curso introdutório sobre PSF, eu já estava no PSF, na verdade eu estou a 2 anos, aqui eu estou a 1 ano e pra todos os agentes, médicos e enfermeiros, pra todo mundo que tava entrando esse ano, eles já fizeram um novo é explicando a função do PSF, qual a sua função aqui dentro, como é que funciona, princípio do SUS, essas coisas.

Renata – E a questão ambiental é abordada nesse curso, o problema ambiental?

P2s – Não foi, teve um novo agora eu não sei como é que foi no outro curso, mas no meu não, não teve nada.

Renata – É você já participou também de algum encontro regional do município, além desse curso, pra troca de experiências entre as equipes?

P2s – Não.

Renata – Fora esses 2 lugares que você trabalhou né, você trabalhou em 1 antes, você tem é assim conhecimento dos outros problemas que as outras equipes aqui de Volta Redonda enfrentam, se eles atuam da mesma forma que vocês?

P2s – A eu tenho conhecimento através de colegas que trabalham, mas a gente não tem é integração assim, eu não sei o que se passa na outra unidade, o problema dele, a gente sabe porque tem colega que ta na outra unidade e com problema assim, que que eu posso fazer (barulho de caminhão), mas fora isso (barulho de telefone).

Renata – A iniciativa de cada um né, OK. Olha muito obrigada pela sua participação.

P3s -

Renata – Só pra que eu possa identificar, eu gostaria que você falasse seu nome e sua função aqui no saúde da família de Belmont?

P3s – Meu nome é Ana Carolina e sou técnica de enfermagem.

Renata – A quanto tempo você trabalha aqui, Ana Carolina?

P3s – 1 ano e 9 meses.

Renata – 9 meses?

P3s – Isso.

Renata – Vocês aqui a, vocês aqui identificam algum problema ambiental que esteja interferindo na saúde da população?

P3s – Hum, hum, identificamos.

Renata – Quais? Como é que vocês identificam esses problemas?

P3s – Normalmente a gente observa o comportamento do da pessoa é igual relação dela com a família, relação dela com as pessoas na rua, entendeu, o comportamento aqui dentro do nosso ambiente, entendeu, a gente fica observando, aí de acordo com isso a gente tenta identificar alguma alteração, alguma coisa do tipo.

Renata – E quais são os principais problemas ambientais aqui de vocês?

P3s – Ambientais como assim?

Renata – Do meio ambiente, com relação ao meio ambiente.

P3s – Aqui no bairro, que que eu vou te dizer é que aqui é assim, é bairro de periferia né, então assim, tem alguns é locais, mas aqui perto da unidade não tem, mas tem assim os locais mais afastados que tem aqueles problemas de saneamento, entendeu, que às vezes é esgoto aberto entendeu, aí isso acaba prejudicando, porque criança vai lá brinca, aí aparece aqui com micose, às vezes é ferimento na perna, devido a essa falta de estrutura entendeu.

Renata – E a sua função aqui dentro do saúde da família. Qual é a sua atribuição aqui?

P3s – Aqui a gente, eu verifico pressão, faço curativo, faço triagem na fila né, a gente faz acolhimento também, visita domiciliar, às vezes tem algum paciente que ta passando, passando mal aí às vezes solicita a nossa presença pra ta verificando pressão, vendo como é que ta a glicose, dando alguma orientação, às vezes é criança que ta passando mal, procuram a gente também, basicamente é isso que a gente faz aqui dentro.

Renata – Como vocês identificam como problema que você falou de saneamento é um problema que necessariamente vocês vão resolver aqui e se vocês precisarem resolver fora do PSF, com quem que vocês falam, como é que é essa ...?

P3s – A gente procura (barulho de criança chorando) é como é que eu vou te dizer o órgão competente entendeu, em questão de saneamento.

Renata – Vocês mesmo procuram?

P3s – Também, a gente ajuda, trabalha junto com a população né, então às vezes a população precisa da gente, a gente vai precisar procurar a prefeitura entendeu. Nós temos aqui a questão do problema mental, caso a gente identifique algum a gente encaminha pra Usina dos Sonhos, porque são coisas que a gente pode fazer sozinho (barulho de criança).

Renata – Encaminha pra onde?

P3s – Usina dos Sonhos.

Renata – O que é isso?

P3s – É uma instituição (barulho de criança chorando) que apóia né, que cuida, que dá, que dá suporte pras pessoas que tem problema mental. Lá tem oficinas, eles fornecem medicamentos, tem atendimentos de médicos, tem atendimento psiquiátrico, é isso.

Renata – É, no caso dos problemas ambientais, vocês encaminham pra quem, pra onde?

P3s – Depende aí da questão, tem questão que é a Zoonoses que tem que ta, que é a Zoonoses que tem que ta cuidando, tem coisa que é pra falar com a prefeitura, depende da situação, depende do caso.

Renata – Deixa eu te fazer uma pergunta, que que você entende por, pelo termo de promoção de saúde, que que é promoção de saúde?

P3s – Eu vejo que é tentar colaborar pra melhor bem estar da saúde da do usuário, no caso é da pessoa que ta procurando a unidade de saúde, entendeu, porque é isso.

Renata – E vocês desenvolvem aqui ações de promoção de saúde?

P3s – A aqui tem grupo (barulho de vozes) é igual, é aqui tem uma Igreja aqui perto que tem grupo de gestante, então vai a enfermeira daqui só pra ta orientando a gestante sobre a importância do pré-natal, tem um grupo de planejamento familiar entendeu, que orientam as pessoas no caso, assim a ta controlando mais a questão da natalidade.

Renata – E a população, tem adesão da população nesses grupos?

P3s – É, o pessoal participa.

Renata – Participa?

P3s – Participa. Até no início do Ano a Dr^a Mônica fazia um grupo de peso saudável, que é pra uma orientação melhor pra questão da alimentação, tem muita obesidade.

Renata – Deixa eu te perguntar uma coisa, você ta a quanto tempo mesmo no PSF do ...?

P3s – Do Belmont, 1 ano e 9 meses.

Renata – É você já fez alguma capacitação, algum treinamento?

P3s – Vários.

Renata – Vários, quantos?

P3s – A gente faz assim, igual tem curso do “IUBANCO” que o pessoal fala que é sobre amamentação, entendeu pra gente ta orientando da importância da amamentação, que é sobre o leite materno, já fiz curso de atendimento e acolhimento, pra gente ta sabendo melhor como acolher, como atender o usuário quando ele procura a unidade de saúde, já fiz o curso é o introdutório, pra gente ta entendendo melhor o que é uma unidade básica de saúde da família né, como já trabalhamos dentro desse ambiente.

Renata – Algum curso teve uma abordagem com algum problema ambiental?

P3s – Que eu to lem, que eu me lembre não, porém vão fazer 4 anos que eu peguei o certificado, eu fiz vários cursos, não sei, eu não to me lembrando no momento, mas posso ter feito.

Renata – Você já participou de algum encontro regional ou municipal das equipes do Saúde da Família?

P3s – Não, eu não.

Renata – Você tem conhecimento de como funciona as outras equipes?

P3s – A gente tem só uma, assim eu já trabalhei é a 2ª unidade que eu to trabalhando então eu tenho a unidade que é a (_____) Volta Grande e essa daqui, então e a gente também fica sabendo porque a gente conversa com outras pessoas né, às vezes (_____) de outra unidade a gente ta precisando de conselho, isso ou aquilo, a gente fica sabendo.

Renata – Mais algum encontro oficial não?

P3s – Não.

Renata – Que possa trocar essas experiências?

P3s – Não.

Renata – Nem regional, nem?

P3s – Não.

Renata – Muito obrigada por sua contribuição.

P4s –

Renata- 1,2, 3 testando; 1,2 ,3 testando

P4s – Bem, eu estou a dois anos no psf de Belmonte , mas já trabalhei durante uma ano de Vila Rica.

Renata – O que você entende sobre Promoção de Saúde

P4s – ai (suspiro). Eu acho que a promover a saúde é agente ensinar as pessoas. Para elas poderem fazer as coisas certas para que elas não fiquem doentes né. Alimentação, o que comer; é falar sobre fazer atividade, e cuidar daquelas pessoas que tem pressão alta. Para que eles se alimentem sem sal, né. Eu caho que a promoção de saúde é isso. Né.

Renata – aqui no Belmonte vocês fazem essas atividades de promoção de saúde? Quais são as atividades que são desenvolvidas aqui?

P4s – Bem o programa ele preconiza né atividades de promoção de saúde. Nós só não fazemos aqui os grupos. Nós tínhamos grupos para trabalhar com as mães grávidas, é dos hipertensos, mas como saiu a médica responsável né. E mudou muito a equipe é nos não tamos mais fazendo, desenvolvendo . desculpa essas atividades ainda. Mas agente trabalho com os hipertensos. agente ensina eles a não deixar água parada por causa do mosquito da dengue, ver caderneta da vacinação das crianças, tudo isso é desenvolvido aqui sim.

Renata – Quais são os principais problemas ambientais que vocês identificam aqui na comunidade do Belmonte?

P4s – O lixo né. A população joga o lixo de qualquer maneira; é aqui é perto da CSN né. Nos temos os problemas da respiratórios que dão nas crianças, muito nas crianças. É eu acho que basicamente são esses dois problemas.

Renata – bem como é que são identificados né , esses problemas foram identificados e como eles são resolvidos? Como é que vocês atuam neles?

P4s - Olha ah! O que nos podemos fazer aqui nos fazemos né. Mas se agente identifica algum foco de Dengue aqui, nos vamos falar com a coordenação e a coordenação então vai entrar em contato com o pessoal da zoonoses, pra poder vir aqui , pra fazer campanha, tudo isso né . agente basicamente passa pra diante.

Renata – É como é que a equipe atua com relação a esses problemas ambientais?

P4s – Éi eu como enfermeira eu faço visitas né, Algumas visitas pra ver. Mas visitas agendadas né. Pacientes as vezes com pós cirúrgico, diabéticos, faço preventivo aqui no posto, junto com o médico. Mas quem ta mais em contato com a população é o agente comunitário de saúde. Então se a população , se eles apresentam algum problema, se tem alguma queixa é normalmente o agente de saúde que trás essa queixa pra gente. E ai sim, nos discutimos, as vezes na equipe aqui e traçamos, se for necessário que é a minha presença, ou a presença de um médico, ou então que nos formos levar esses problemas pra coordenação. Isso é visto depois.

Renata – É ... então tem competências bem especificas né?

P4s – é cada um assim. Todos nos fazemos a visita domiciliar. Mas quem realmente faz ela como rotina diariamente, que corre é o agente comunitário de saúde.

Renata – é você tem alguma , eu queria que você descrevesse o seu conhecimento sobre alguma atuação de outras equipes do município. Os problemas que eles enfrentam ou da região.

P4s – Olha eu só tenho o conhecimento de Vila Rica né. Aonde eu trabalhei antes. No mais, agente sabe por conhecer os profissionais né, por ser amigo ou freqüentar os mesmo lugares, que os problemas normalmente vão sendo os mesmos né. Não temos diferença entre as pessoas não.

Renata – É você já participou de algum encontro regional para troca de experiências ou capacitação em relação a questão ambiental na saúde. Algum encontro.

P4s – Olha no passado, no ano passado, e inicio desse anos, nos tivemos. No ano passado mesmos. Nós tivemos. Ai desculpa mesmos (inaldível). Esse ano , no inicio do ano. Nós tivemos uma capacitação né. Mas eu nunca participei de nada, nenhuma capacitação em que houve troca de experiência ou alguma coisa nesse sentido aqui na região do médio paraíba ou mesmo com o município. Normalmente é aquele curso

básico né. Ou as vezes ocorre também, como ocorreu no início do ano sobre a dengue, né, com o enfrentamento , na época do verão mas é não pra trocar experiências não.

Renata – bem olha muito obrigada pela sua colaboração, foi muito útil. Te agradeço muito sei que você ta grávida aí. Ta difícil né, mais muito obrigada pela sua. É por você ter se prestado a colaborar.

2 . Transcrição da ESF Siderlândia

P5s -

Renata – Nome e função?

P5s – Meu nome é Fátima, Maria de Fátima da Rocha Pinto eu sou enfermeira e na função de gerente nesta unidade.

Renata – Hum, hum, é Fátima o que se entende sobre promoção de saúde?

P5s – Então, promoção da saúde. São todas aquelas ações que a gente faz para que o indivíduo continue com seu estado de saúde é... contínuo, né. (barulho de carro passando) Todo aquele conjunto de ações pra você chegar antes da doença se instalar.

Renata – É quais são as atividades de promoção de saúde desenvolvidas aqui?

P5s – Então aqui nós temos vários grupos, nós o e organizamos vários grupos que a gente oferece a comunidade, então nós temos grupos pro hipertenso; pro diabético; nós temos o grupo da gestante; o grupo da mamãe; o grupo ... do artesanato; o planejamento familiar; é ... nós (barulho de porta abrindo) temos também acuidade visual nas escolas; a gente tem o grupo resultado que é ... o resultado do preventivo com orientação pra essa mulher e/ou tratamento, orientação pra esse tratamento; nós temos o grupo da melhor idade em parceria com a ação social e temos o grupo de adolescente em parceria com a ação social e um grupo em parceria com a escola e temos também o grupo de terapia comunitária que é o grupo mais novo instituído pela secretaria.

Renata – Quando vocês identificam algum problema aqui na comunidade, é como é que esse problema é resolvido?

P5s – (barulho de gente batendo à porta e de porta se abrindo) é o grupo, o problema é normalmente a gente identifica, é a equipe envolve essa equipe, normalmente quem traz o problema é o agente comunitário de saúde que traz e envolvida a equipe, às vezes as 3

(três) equipes por que aqui nós trabalhamos com 3 (três) equipes no momento da reunião e ... é discutido né o que que tá acontecendo com essa família, que ações dentro do no da nossa competência a gente pode atuar e identificar aquelas que precisam de um encaminhamento.

Renata – E quais são assim nesses problemas, é quais são os principais interlocutores que vocês vão vendo, né quando atuar, quando o problema foge de uma atuação somente pela equipe?

P5s – Você diz o caso gestor, por que que a gente ...

Renata – Pra quem vocês vão pedir ajuda nesse caso de necessidade?

P5s – Isso, então, é ...a gente. Nós tentamos aqui ao redor estabelecer parcerias e no meu caso aqui eu tenho uma coordenação de distrito sanitário, então eu passo pra coordenação informo e peço às vezes até ajuda pra resolução desse problema. (barulho de porta abrindo).

Renata – É vocês identificam aqui problemas ambientais?

P5s – Identificamos sim, mas é nós estamos com um agora aqui não sei se você reparou, do lado da nossa unidade um depósito de lixo que a comunidade despeja aqui (barulho de telefone tocando) né, então isso tem incomodado bastante a gente e já foi retirado por duas vezes (barulho de telefone tocando) e a comunidade continua colocando, então eu penso né (barulho de telefone tocando) que falte alguma informação é pra essa comunidade pra reforçar isso a questão do ambiente (barulho de risos) porque quando coloca ali a leitura que a gente faz é que falta essa informação, falta esse cuidado porque atrai várias vários vários variáveis né, processos que podem desencadear doenças, embora esteja aqui longe, talvez da casa de cada um mas compromete o bairro então eu acho que precisa ter mais informação em relação ao ambiente.

Renata – Fora isso tem alguma outra?

P5s – É ... aqui nós temos uma poluição também tem uma fábrica de cimento aqui perto que tem um pó branco que vem pra cá, mas assim eu não vejo nenhuma ação da comunidade também em relação a isso, porque aqui tem uma tem um problema que eu tenho em relação a montar o conselho gestor, eu não consigo, essa comunidade é um pouco fragmentada, então eu não consigo montar o conselho gestor o o segmento usuário, aqui nós temos definido o segmento gestor, o segmento representante dos profissionais de saúde, temos definido os representantes dos usuários mas não comparecem a reunião e a associação de moradores que seria uma outra parceria também não conseguimos envolver então assim os problemas que a gente vê mais aqui seriam esses, porque saneamento básico tem, não temos assim nenhum problema, acho

que Volta Redonda em si, de um modo geral acho que não tem problema e nessa periferia aqui a gente não enxerga isso.

Renata – É eu queria que você descrevesse no caso do problema que foi detectado do lixo uma forma de organização da equipe para atuar nesse problema, se existe?

P5s – Então, até esse problema foi discutido na reunião da equipe semana passada, tem um técnico de enfermagem que ele levantou uma questão de fazer uma manifestação, de envolver talvez autoridades pra pra resolver isso e aí o que eu disse pra ele foi o seguinte: que nós teríamos que sensibilizar a associação de moradores, eu penso que isso vai partir (barulho de pio de pássaros e vozes) de dessa sensibilização, tem que envolver a comunidade na resolução desse problema, então senão isso fica parecendo que o problema é só nosso, então é o que foi dito que nós concessamos foi isso, que nós faríamos um documento e eu fiz um documento, para o distrito sanitário pedindo ajuda né, pedindo até que entrasse com a questão da da lei né, colocando ali, começando a colocar uma placa com diseres de proibição e multa pra quem transgredisse, e mas eu acho que isso só não adianta, tem que ter realmente uma maneira de você sensibilizar essa população eu pensei até em fazer uma passeata né, a gente pensou até em fazer umas coisas assim, vamos fechar vamos fechar a unidade por um período e sair na rua pra pra chamar a atenção da comunidade que isso não é certo, que o problema é deles, que a gente vem pra cá a gente fica só o período de trabalho mas eles fica aí a semana inteira o tempo inteiro, então assim, tipo um manifesto, mas no sentido de alertá-los pra questão ambiental.

Renata – Hum, hum, é eu sei que aí tem competências que a equipe são competências comuns entre os membros da equipe, mas existem competências específicas para os profissionais da equipe e, se pudesse descrever assim, na numa equipe quais são as competências do médico, do enfermeiro?

P5s – Seria assim, competência no sentido de atribuição, né?

Renata – É

P5s – Então, nós aqui seguimos a proposta do ministério da saúde dentro da estratégia de saúde da família e organizamos, programamos a agenda dentro dessa proposta né, da da do atendimento ao usuário, dos grupos de educação e saúde, das visitas domiciliares é ... do momento da reunião da equipe, a gente tem essa autorização de fechar a unidade por duas horas pra discutir essas questões, então isso é muito claro pra todos eles, quais são as atribuições e as competências de cada um, tem serviços internos também, no caso do agente comunitário ele tem clareza de que a função básica dele é a visita domiciliar, porém ele também tem algumas atribuições e a gente colocou isso até em treinamento,

porque isso é uma capacitação minha como gerente de capacitar a equipe né, dentro da proposta da estratégia de saúde de família, então isso foi colocado no treinamento ano passado, então eles sabem que tem outras atribuições que compete a organização do programa dentro da unidade, mas a função deles prioritária é fora e os auxiliares de enfermagem também sabem que a função básica deles é os a realização de procedimentos dentro da unidade mas que eles também tem toda uma programação de visita, de grupo de educação e saúde né, da reunião fora da unidade e os outros profissionais médicos e enfermeiros (barulho de porta abrindo) também obedecem a uma agenda proposta pelo programa.

Renata – Hum, hum, É você tem conhecimento, se tiver você poderia descrever da atuação das outras equipes no município e dos problemas que eles enfrentam e da região aqui do médio paraíba?

P5s – Olha eu vou confessar pra você a gente fica tão integrado aqui que às vezes o que a gente sabe é no momento de uma reunião do distrito com as gerentes, aí a gente fica sabendo de de de alguma de alguma situação que ta envolvendo determinado bairro ou comunidade ou através da mídia né, que a gente tem um programa de rádio que a comunidade já descobriu (barulho de carro passando) o caminho das pedras, vou pro no programa do Dário de Paula, vou botar no Dário de Paulo, qualquer insatisfação, qualquer reclamação, qualquer problema eles colocam então, através disso, jornal, jornais locais a gente fica sabendo.

Renata – É eu também gostaria que se você descrevesse a sua participação se houver em algum encontro regional, para troca de experiências ou então capacitação em relação ao enfrentamento da questão ambiental na saúde?

P5s – Muito pouco eu não participo de quase nada.

Renata – Não?

P5s – Regional não.

Renata – Alguma apresentação, regional não?

P5s – Regional não, regional que eu me lembre não é mais é é local mesmo.

Renata – Hum, hum, teve algum local? De troca de experiências? De capacitação da questão ambiental?

P5s – Agora recentemente não.

Renata – Não? Tá bom Fátima.

P5s – Eu não me lembro não.

Renata – Olha muito obrigada.

P5s – De nada.

Tempo: 11 minutos

P6s -

Renata – Primeiramente, eu gostaria que você só se identificasse é pra que eu pudesse identificar a fita no futuro né, o seu nome e a sua função.

P6s – Meu nome é Giovani André Romano, sou médico é generalista do PSF de Siberlandia, localizado na cidade de Volta Redonda ta, e ainda faço, desempenho a função de plantonista entendeu, nos Hospitais aqui da da própria prefeitura de Volta Redonda.

Renata – Eu gostaria de saber o que você entende sobre promoção de saúde?

P6s – Acho que promoção da saúde, você tem que ta em vigilância é, sempre ta orientando a população ta de um modo geral sobre o sobre as condições que podem é provocar alguma desordem é, na saúde dela entendeu, seja saúde física, ou então, seja saúde física ou saúde mental entendeu, isso engloba é a própria questão ambiental, entendeu que ta sempre de certo modo sempre envolvida.

Renata – Quais são as atividades de promoção de saúde desenvolvidas aqui?

P6s – Olha só, a gente tem aqui uma parte de pediatria além do cuidado da criança entendeu, a que é desenvolvido a puericultura, é as consultas são sempre oferecidas a gente visa o desenvolvimento é psico-motor da criança, a gente consegue identificar entendeu, se a criança é baixo peso, a gente consegue é com isso dar uma capacidade melhor pra pra o desenvolvimento da criança e a gente tem o próprio pré-natal, entendeu, preventivo que é muito importante não é, pra identificar aí é o câncer do colo do útero.

Renata – E quando vocês detectam algum problema aqui, como esses problemas são resolvidos? como é que é?

P6s – Olha só, de certo modo a gente ainda esbarra na burocracia, alguns pacientes, alguns pacientes, é que eu vejo que precisam de uma necessidade maior de atendimento, pacientes que não podem agora dar um encaminhamento na na fila de espera, eu consigo, é no hospital que eu trabalho, encaminhar ele mais rápido entendeu, só ele, salvo só alguns casos que eu vejo que o paciente tem extrema necessidade, os outros pacientes, eles aguardam ainda um atendimento mais demorado, porque eles não, eles

estão, tem a patologia mas eles podem aguardar por um atendimento, os outros que eu vejo que é grave, que precisa de atendimento imediato eu consigo aí encaminhá-los para que eles passem num especialista né, pra que eles passem por um especialista.

Renata – Quais são os principais problemas ambientais que você identifica aqui na comunidade?

P6s – A comunidade?

Renata – Ou na região?

P6s – Na região a gente tem a CSN que a entendeu, que a acredito que a, que a causa do dos maiores problemas respiratórios entendeu, que os pacientes procuram no hospital é, não só hospital mas no Posto de Saúde é doenças respiratória, ou seja, uma resfriado, gripe, sinusite, pneumonia então são estes tipos de afecções que a gente acaba encontrando, por conta da desse clima, entendeu apesar Volta Redonda a gente tem um clima montanhoso, mas que é super favorecido entendeu, mas que infelizmente tem a poluição e com a CSN fica muito complicado.

Renata – Hum, hum, e como é que são enfrentados esses problemas?

P6s – Olha, na medida do possível a gente orienta, faz a medicação entendeu, é pessoas que moram perto da da da siderúrgica, a gente orienta a ta modificando, modificando o ar da casa, o ar ambiente entendeu, sempre fazendo a limpeza, entendeu, orientações nesse sentido.

Renata – E quando vocês precisam assim de pra resolver um problema que seja exterior a equipe né, quais são seus principais interlocutores quando vocês vão, necessitam resolver um problema aqui na comunidade?

P6s – Aqui, infelizmente nessa comunidade, não se tem uma uma associação de moradores coesa, então a gente já esbarra aí nesse problema entendeu, o que se faz em âmbito é tentar entrar com o chefe da do distrito sanitário entendeu, coordenadora, coordenadora do distrito sanitário que passa depois pra Secretaria de Saúde né, e chega em mãos a Secretária de Saúde.

Renata – Hum, hum, é na equipe existem competências específicas em cada um dos membros, que queria que você descrevesse as competências específicas e os membros da equipe?

P6s – Olha só, a gente tem aqui na unidade a Gerente de Enfermagem ta, que ela é responsável pela coordenação do grupo, pela coordenação do do PSF como um todo, então ela é responsável pelo funcionamento, dentro dessa escala ela tem os médicos, os generalistas, aqui são 3 (três) é, mais 2 (dois) especialistas, são um ginecologista e uma pediatra ta, tem um centro integrado do lado, um centro odontológico que tem uma

equipe ali é, de dentistas né, pra poder atender a população, a gente tem também aqui, os as técnicas de enfermagem, os técnicos de enfermagem e as e as enfermeiras da assistentes, são 3 (três) enfermeiras da assistentes pra cada um médico, uma enfermeira assistente, um técnico de enfermagem ta, e a gente tem um corpo do PSF, porque se não existir, se não existisse o agente comunitário, infelizmente não existiria o PSF então a gente tem essa ponte de ligação do agente comunitário com a comunidade então acho que eles são muito importante, acho que o agente comunitário desempenha um papel muito importante (barulho de caminhão) entendeu, é muito importante é um profissional que tem que ser sempre muito bem valorizado entendeu, o processo agente comunitário.

Renata – E qual seria a assim a atribuição dele?

P6s – Então ele é responsável da ligação, ele é responsável pela ligação da comunidade com o posto de saúde entendeu, ele é que sabe qual a medicação que o paciente toma entendeu, se o paciente é acamado entendeu, se tem gestante na família, se tem criança, então ele é o responsável entendeu, ele trás a informação antes de o paciente vim para consulta, isso pra gente é muito importante entendeu, a gente sabe se ele, pelo acesso, se o paciente toma a medicação, se o paciente tem quanto tempo que ele não vem pra uma consulta entendeu, se o paciente é novo no bairro, se ele é um paciente mais antigo, então isso tudo é atribuição do dos ACS.

Renata – Hum, hum, é eu queria que você descrevesse o seu conhecimento sobre a atuação das outras equipes do programa, a no se você tem esse conhecimento, no município ou na região, nos municípios da região e os problemas que eles enfrentam?

P6s – Olha só, (barulho de alguém batendo na ponta) (barulho de porta se abrindo e a moça perguntando se a Micheli está aí?).

Renata – Então se você tem o conhecimento das outras equipes né, quais são os problemas que eles enfrentam?

P6s – Acho que, o problema em si maior eu acho que é a falta de médico, há uma há uma baixa, há baixas de médico aqui em Volta Redonda, não é só em Volta Redonda mas na cidade do Rio, na cidade do Rio entendeu, então muitos desses pacientes, dessas unidades eles ficam sem sem o atendimento médico necessário, e o que que acontece com eles, esses pacientes acabam procurando o o hospital, o hospital, os hospitais aqui da rede da prefeitura e acabam provocando uma super lotação, que muita das vezes é desnecessária que podia no posto de saúde está sendo resolvido, desafogaria muito é o atendimento no hospital público entendeu.

Renata – Hum, hum, é eu queria que você também descrevesse né, se existisse a sua participação em algum encontro regional para troca de experiências ou quem sabe uma capacitação em relação ao enfrentamento da questão ambiental na saúde?

P6s – Olha só, é (fim de uma fita).

P6s – (começo de uma fita). Isso, participa participando da de um curso sobre sobre dengue né, diagnóstico, tratamento e suas implicações, a gente sabe que é ... a dengue ta muito relacionada a questão ambiental, entendeu, você tem uma área, um um um crescimento populacional desordenado, entendeu, com o o e acaba esse o inseto saindo de lá do ambiente natural dele pra um ambiente urbano, entendeu e junto com e junto com isso (barulho de folha rasgando) ele trás ele trás, entendeu o vírus da dengue (barulho de vozes), entendeu, é um é um e é fácil de ... desse vírus se proliferar e do inseto, do vetor ele se proliferar também, entendeu uma área urbana, com crescimento desordenado, com lixo, entendeu com latas que jogam na rua, pneu, é muito fácil do inseto proliferar e o virus proliferar junto, entendeu a gente tem uma aí o Brasil é fácil que a gente tem aí uma um surto de dengue, epidemia de dengue e não é só no verão não a gente agora nesse período ameno dia eu to num lugar e a gente pega alguns casos de dengue sim, entendeu então a gente ta vendo aí que se isso não for controlado alguns anos, entendeu até mesmo no outono, no inverno a gente vai ter aí (barulho de algo caindo) casos de dengue, inclusive pra evoluir até pro uma pro uma epidemia, entendeu por enquanto a gente sabe que que o vetor é aedes é o aedes egypte, mas pode ter (barulho de alguém que limpa a garganta), entendeu e a gente sabe que que o inseto e o vírus ele se modifica no meio, entendeu principalmente o vírus que que sofre constantemente mutação, entendeu se esse vírus sofrer algum tipo de mutação ele pode num futuro aí ser muito mais agressivo do que é hoje.

Renata – Esse encontro foi regional ou foi só do município?

P6s – Só do ... só do município.

Renata – Direcionado ao programa de saúde de família?

P6s – Só direcionado ao programa de saúde de família, então que que acontece é ... a gente tem condição de a gente tá diagnosticando casos de dengue, entendeu esvasiando os hospitais da região, o a última epidemia de ... o último surto de dengue que teve o ano passado a gente atendeu muito paciente nos hospitais, entendeu é pessoas vinham com queixas de cefaléia, mialgia, é dor retro ocular (barulho de pigarro), três ou quatro dias a gente pedia o exame e não acusava nada, entendeu isso também por causa da falta de informação da população, entendeu ou seja, a população fosse bem mais esclarecida, bem mais informada evitaria esse esse alarde, como é agora aí nessa parte da da gripe

suína né, que tem muita gente procurando hospital achando que ta com gripe porque comeu carne de porco, entendeu é fica difícil a gente falar, de orientar é é muito complicado, eu acho que o a mídia desempenha um papel importante nisso um papel negativo ou positivo, tá é infeliz, ainda tá com esse papel negativo ainda, entendeu porque ela só mostra os fatos, entendeu mas orientação que deveria ser feita ela não faz, entendeu.

Renata – Esse encontro foi só pra médicos? Ou foi?

P6s – Foi médicos, enfermeiros, entendeu.

Renata – Muito obrigado pela sua participação, tá.

P6s – De nada.

Tempo: 16 minutos

P7s -

Renata – Só pra que eu possa é identificar a fita, você poderia dizer seu nome e sua função aqui?

P7s – Meu nome é Cátia Cristina, eu sou agente comunitário de saúde.

Renata – (barulho de pancada) Cátia, é o que você entende sobre promoção de saúde?

P7s – Promovendo saúde, aqui no no posto seria assim, as ações educativas que nós fazemos, é grupos é a de hipertensão, diabetes, da mulher saúde da mulher, promover mostrar pra eles que saúde não é só curar doenças, no caso é prevenir pra que eles não fiquem doentes.

Renata – Hum, hum, você poderia descrever uma dessas atividades que vocês usam da ordem aqui de promoção em saúde?

P7s – Promoção em saúde, nós temos grupos de hipertensão que é a gente reúne os hipertensos, mostra alimentação é tira dúvida sobre o uso do medicamento, explica pra eles que não é só a medicação que eles tem que ter uma vida saudável pra poder prevenir a hipertensão ou os que já tem é tá com ela normalizada, normalizar e os que não tem é não tem ainda, não vir a ter essa doença.

Renata – É como é que vocês (barulho de voz de criança) quando percebem algum problema aqui na comunidade, como é que vocês resolvem esse problema?

P7s – Como assim? Que tipo de problema?

Renata – Tipo de problema que esteja afetando a comunidade?

P7s – Logo a gente tinha, não sei se entra, mas a gente tinha um problema que eles jogam lixo aqui, então foi contactado o o asso asso a associação de moradores pra poder ta conscientizando os moradores do risco de tá jogando o lixo por causa dos ratos é a gente procura primeiro com a procura parcerias aqui com a associação de moradores porque eles são o elo né da comunidade com a gente tem o (.....) também que trabalha com a gente então detectando o problema a gente trabalha em parceria com as escolas pra poder ta chegando na no público.

Renata – As parcerias e fora da comunidade quem são essas parcerias?

P7s – As parcerias, a SMEL, a SMAC que são as secretarias.

Renata – Que que isso?

P7s - SMEL é secretaria de esporte e lazer e no caso aqui tem o ginásio próximo ao posto e gente sempre trabalha em conjunto com eles nas atividades; a SMAC é a de ação comunitária, ação social que é aqui logo ao lado do posto e a gente sempre tem, agora os nossos grupos de hipertensos eles apredem são ali, na SMAC que tem toda a quinta feira então é um grupo de convivência, eles trabalham em parceria com eles.

Renata – Interessante.

P7s – Os básicos são esses.

Renata – É como é que são ou se vocês identificam algum problema ambiental aqui na comunidade?

P7s – Ambiental?

Renata – É.

P7s – A gente tem um córrego, ali é aqui próximo ao campo, próximo aqui ao posto, então ali os moradores eles jogam lixo, então tá destruindo nosso córrego, também já foi feito um trabalho da Associação de moradores pra poder ta limpando e é uma constante luta pra poder ta mantendo aquele córrego ali, é o nosso maior problema aqui ambiental aqui dentro é o córrego, que enche, tem dá muito rato a gente tem ta trabalhando pra poder ta conscientizando a população.

Renata – E na organização da equipe, quem trabalha essa questão ambiental?

P7s – Ambiental?

Renata – É, na equipe?

P7s – Geralmente quem tá mais a frente com a comunidade somos nós agente de saúde, então a gente é que faz as orientações, aí quando tem alguma resistência a gente traz pra reunião de equipe pra tá discutindo com alguns enfermeiros e com a nossa supervisora direto.

Renata – Hum, hum, é a gente sabe que a equipe trabalha tem competências que são comuns, né mas existem competências específicas (barulho de moto) dos membros da equipe, né eu gostaria que você que você descrevesse as competências específicas de cada um dos membros da equipe?

P7s – Da equipe no caso agente de saúde, médico?

Renata – É.

P7s – Então, agente de saúde somos nós é na estratégia saúde da família nós somos o elo entre a comunidade com as suas famílias com a unidade de saúde, então o agente de saúde nós trazemos os problemas da nossa área, cada um tem a micro-área a gente traz problemas tanto social como é até mesmo de não só familiar, né e traz pra equipe pra ser discutido aqui, fora os dados estatística que o Ministério precisa pra poder tá fazendo né, e o técnico de enfermagem eles trabalham mais aqui dentro, é na aferição de pressão, uma coisa mais curativa e tem eles também trabalham com a prevenção que eles também participam dos grupos de educação em saúde, né, temos eles fazem visita domiciliar também, não com tanta frequência como nós, somos todos os dias eles só uma vez por semana eles vão indo também fazer visita pra detecção dos fatores de risco (barulho de voz de criança), aí tem as enfermeiras que trabalham na mais na parte assistencial aqui com preventivo, elas trabalham mais o cuidado da mulher, da criança e também elas tem um grupo de hipertensos que elas também fazem parte, que os nossos grupos de risco que aqui no caso de educação em saúde, sempre tem um representante de cada, o agente comunitário, enfermeiro eles sempre tá envolvido nisso colí é coligado, né a nossa competência é incomum, o que diferencia no caso é a assistência os nossos médicos também é mais é curativo né, consultas médicas mesmo e eles também são ligados no preventivo, saúde da mulher, e no curso de hipertensão e diabetes e criança.

Renata – Hum, hum, você falou em fatores de risco, você poderia descrever alguns fatores de risco identificados aqui?

P7s – Aqui o que mais a prevalência é diabetes, hipertensão e tem também as crianças de baixo peso que a gente sempre procura, é grupos de risco no caso que a gente coloca aqui são os nossos hipertensos, diabéticos, são os né os prioritários, é hipertensos,

diabéticos, crianças menor de 5 anos e as gestantes, são um grupo que eles consideram de risco porque estão sujeitos a mais é intercorrências.

Renata – E a a enfermagem quando vai a visita domiciliar ela vai em busca desses indivíduos, desses fatores de risco?

P7s – Também, isso, geralmente a tanto o técnico como enfermagem superior eles vão nas visitas que nós apontamos pra eles quando tem as visitas de rotina né, que eles fazem mas geralmente essas visitas que eles fazem somos nós agentes de saúde que pusemos pra eles, uma gestante que foi pro um pré-natal, então ta com problema, é uma criança que ta com vacina, então eles vão em busca desses pra poder ta ajudando a gente a resolver.

Renata – E como vocês identificam esses esses esses riscos né, no dia a dia de vocês?

P7s – Os riscos .. Olha geralmente a hipertensão e diabetes é mais consulta médica e as vezes a gente vê uma alimentação meio que a gente sabe que não é correta, isso predispoe e eles se reclamam as vezes de uma tonteira e a gente a alerta pra poder ta vindo, pra eles estarem consultando pra ver se pode ser; a criança porque nas visitas a gente pede cartão de vacina, então meio aí sempre quando ta a gente chama pra poder orienta pra poder ta vindo que não pode deixar aí a gente vê se eles não vem, a gente já vai pra se a mãe não traz a criança pra vacinar a gente já vai com a enfermeira pra poder dar uma reforçada nessa orientação e trazer essa criança pra ta vacinando.

Renata – OK. É queria, gostaria que você descrevesse o seu conhecimento né, se existir sobre a atuação de outras equipes aqui no município né, ou até se você conhecer da região, quais são os problemas que eles enfrentam?

P7s – Equipes?

Renata – É de saúde da família né, você tem conhecimento de como outras equipes atuam?

P7s – Olha, assim é...

Renata – Se é da mesma forma que vocês atuam aqui?

P7s – Eu moro aqui no Siberlandi, a questão o bairro é muito grande então é próximo ao Jardim Belmont também, a o PSF do Jardim Belmont é próximo a minha casa, o que a gente observa é que a o modo de atuação é o mesmo é padrão, é unifo é uniforme, cada um a gente tem um segue um critério e (barulho de vozes), a gente trabalha da mesma forma.

Renata – Hum, hum, e no caso os problemas são também relevantes?

P7s – (barulho de porta batendo) Geralmente sim, porque igual eu converso eu tenho amizade com as meninas com as outras agentes de saúde, sempre é a mesma coisa,

assim no geral sempre são os mesmos problemas, assim as crianças, a família que a são bairros carentes então a alimentação, não tem uma alimentação adequada, entendeu, então em geral é sempre a mesma coisa.

Renata – E sobre outros municípios aqui da região você tem contato com muito agente?

P7s – Não agente de saúde não, eu tenho parentes que moram em outros municípios aí o programa saúde da família parece que é diferente, não tenho é igual tenho um parente em Barra Mansa sabe, eles falam que eles nem conheciam direito o programa em alguns bairros eles nem conheciam o programa porque não tem uma visita é freqüente aí a gente tem que ficar explicando que que é pra eles poderem ta.

Renata – É eu gostaria que você me descrevesse também, claro sempre se existir, a sua participação em algum encontro regional para troca de experiências ou então se você participou de alguma capacitação em relação a questão ambiental na saúde (barulho de carro)?

P7s – Questão ambiental da saúde, da saúde não, não (barulho de porta abrindo), eu fazia parte da coordenadoria da juventude aqui de Volta Redonda, e a gente sempre tava fazendo assim em âmbito da cidade e não só da saúde, envolvendo tudo e nós tivemos algumas reuniões até mesmo com entidades particulares né, da daqui pra ver como eles tavam agindo, mas assim da especificamente da saúde não, a gente tava falando sobre Volta Redonda num todo.

Renata – E é a questão ambiental?

P7s – Isso, da complicação da CSN, então nós tivemos alguns encontros pra poder ta ta dando sugestões pra ta resolvendo (barulho de moto) esse tipo de coisa.

Renata – Como foi essa participação nesses encontros?

P7s – Foram é reuniões que nós fizemos no nos estivemos na escola, faz um tempinho foi o ano passado, o início do ano passado, finalzinho do ano retrazado em 2007. Nós tivemos alguns encontros, foi feito um plano é novo de ação, como a gente ia ta ajudando, no caso até entrou o córrego, a gente é programou de ta é plantando, pegando as crianças das escolas pra poder ta plantando em volta, foi um projeto que não deu muito certo porque as crianças não aderiram a, as mães tiveram uma resistência, então a gente não conseguiu fazer e tinha preparado esse projeto pra ta, agora nesse ano a gente vai tentar de novo.

Renata – Projeto de instituição religiosa?

P7s – Não a coordenadoria é do município.

Renata – Do município mesmo?

P7s - Agora ela virou ela é coordenadoria mesmo municipal, (barulho de vozes) isso era um projeto, era um projeto do vice-prefeito, e aí agora ela ta legalizada né, é do município, coordenadoria municipal de juventude.

Renata – Cátia, muito obrigada.

Tempo: 13 minutos

P8s –

Renata – Função aqui na equipe?

P8s – Ana Maria enfermeira de assistência.

Renata – Isso, Ana, o que você entende sobre promoção de saúde?

P8s – Bem, promoção de saúde, a promoção está dizendo, você vai promover saúde para as pessoas e você vai fazer isso através de educação de saúde, certo, então aqui a gente trabalha através dos grupos, formando grupos que são prioritários que são hipertensos, diabéticos, gestante, criança.

Renata – Hum, hum, você poderia descrever uma atividade na promoção de saúde aqui?

P8s – Nós temos o grupo de da convivência, o grupo de convivência que são de pessoas de terceira idade que a gente faz um trabalho de promoção de saúde, a gente ta sempre fazendo orientações, a gente faz dança, a gente faz ginástica, a gente brinca, promove as festas de de né, essas festas pontuadas, junina, essas coisas, a gente ta sempre trabalhando isso, e junto a gente vai trabalhando também essa né, é o cuidado com o ambiente, o cuidado com o corpo, o cuidado com o planeta né.

Renata – Hum, hum, e, quando vocês detectam um problema aqui na comunidade, como é que esse problema é resolvido?

P8s – Bem, a gente vou colocar o exemplo do Lixo. O lixo que a gente tem aqui que está atrapalhando, nós já fomos nos órgãos competentes pra poder né, retirar o lixo é arrumamos é ... pessoas também da comunidade que tirasse o lixo mas é quando a gente mal (barulho do gravador caindo) (barulho de risos) que que eu tava falando?

Renata – (barulho de risos) Do lixo, dos principais problemas é assim, quais são os principais parceiros pra resolver esses problemas?

P8s – Então, nós temos de parceria pra esse trabalho a gente tem a associação de moradores (barulho de vozes) né, o grupo o conselho de gestor a o próprio grupo de convivência, que a gente quando vai detectar alguma coisa a gente conversa com eles,

eles também saem né, fazendo trabalho pra gente e os órgãos competentes mesmo que são normais né, que são zoonoses, epidemiologia, tudo a gente, feema também que é aqui.

Renata – Tem outro problema ambiental que você identifique aqui, fora o lixo?

P8s – O lixo e também o ambiente assim é ... a poluição né, a gente sabe que aqui é uma cidade bem poluída e esse lado aqui a gente ta bem pertinho de fábricas né, de fábrica de cimento, da CSN ali, e esse bairro aqui recebe muito muita poluição de lá e, como eu falei com você é só acaba de limpar, você passa a mão já ta com pó preto, então isso a gente respira tudo isso, e aqui tem muita criança, muita gente com problema respiratório devido a essa poluição.

Renata – É, existem competências né específicas no profissional da equipe, você poderia descrever a competência específica, atribuição específica de cada um membro da equipe?

P8s – Bem a equipe é composta de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e os agentes de saúde né, então os nossos médicos eles vão atender, eles atendem consulta aqui no consultório, mas eles fazem consulta domiciliar também que eles fazem visita de pessoal acamado, tem pessoas que são pessoas idosas não podem sair de casa então essas pessoas tem consulta garantida e eles também participam de grupos né, todos esses grupos eles tão participando dos grupos; o nós enfermeiros, nós também temos a nossa consulta né de dentro de consultório e temos também as nossas consultas domiciliares que é a mesma coisa os acamados, o médico acompanha, nós também acompanhamos, os acamados, pessoas idosas, os bebes quando nascem a gente vai lá, primeira visita a gente vai na casa pra orientar a mãe sobre né a amamentação, o cuidado do bebe em casa e gente já faz o teste do pezinho em casa, depois orienta pra vim pras vacinas e o grupo de mães que a gente ta, né o grupo de mães toda a quinta-feira na parte da manhã então a gente atende os bebezinhos até um mês que a gente acompanha eles e faz toda orientação pras mães, então cada quinta-feira tem um tema, e tem grupo de gestante também né, a gestante também a gente faz visita pra gestante, principalmente se ela faltar uma consulta, então a gente ta indo atrás da consulta delas e, os técnicos de enfermagem fazem o trabalho dentro da unidade né, quando fazem curativos, injeção, vacinas, participam dos grupos (barulho de vozes) e também tem o horário deles também de fazer visitas, tem as pessoas que eles tem que fazer visitas, curativos domiciliar né, a gente trabalha muito, tem umas 3 ou 4 pessoas na minha área que usa sonda, a gente tem que ir lá trocar a sonda, o nosso trabalho específico, e os agentes de saúde é os que fazem, fazem as visitas que eles né, que eles fazem, eles são o

o como é que vamos dizer eles são, fazem um serviço muito específico, que eles fazem a ligação da gente com toda a comunidade, então eles são a chave do do PSF né, eles visitam todos, conhecem todo mundo e eles visitam todas as casas, então eles são muito importantes os agentes de saúde e fazem e nessas visitas fazem esse trabalho também, antes só visitavam e conversa sobre a doença do paciente, eles voltam olha quintal, orienta né, sobre a limpeza (barulho de vozes) de quintal, orienta sobre cigarro, né.

Renata – Eu gostaria que você descrevesse né, se você tivesse o conhecimento sobre a atuação de outras equipes do PSF, como elas atuam, quais são os problemas enfrentados por elas, é do município ou então da região se você conhece quais são?

P8s - Bem no município eu acho que todos os PSF, trabalha nesse nessa linha né, tem também a violência, a gente trabalha com ela também né, muito presente em alguns bairros, (barulho de porta abrindo), principalmente no nosso bairro aqui também é bem bem acentuada a violência, as drogas, então a gente trabalha muito com isso, a prostituição, muitas meninas gestantes (alguém entra e pergunta se a “Renata” que é da Fiocruz), então muitas meninas grávidas e a gente trabalha, trabalha com planejamento familiar né, mas mesmo assim né, está escapando da gente.

Renata – E esse problema você acredita que são comuns nas outras equipes aqui?

P8s – É são comuns, praticamente todas né.

Renata – E os ambientais também?

P8s - Os ambientais também, da poluição, da da poluição da água né, e o poluição também em paz, a gente trabalha muito isso, o pessoal aqui é muito é difícil nós estamos trabalhando isso, no muro aqui, ali no muro tem um pessoal tem mania de por lixo, aí nós até na última reunião agora na quinta-feira, nós conseguimos com os adolescentes, com um grupo de adolescentes e conseguimos que vai vir um rapaz pra ensinar eles a grafitar o muro, então nós vamos pintar o muro pra ver se o pessoal não põe o lixo lá perto do muro né, a gente vai fazer um trabalho assim, ainda esse mês.

Renata – Ana, eu gostaria que se você descrevesse né, se houver também a sua participação em algum encontro regional, de troca de experiências ou então alguma capacitação regional é em relação ao enfrentamento da questão ambiental na saúde.

P8s - A única que eu participei a pouco tempo foi sobre o tabagismo né, e tem a ver com o ambiente, então mas foi pra todas as enfermeiras e, foi enfermeiras e médicos do PSF.

Renata – Só enfermeiras?

P8s – É foram, uma capacitação pra gente poder né, fazer o nosso grupo em cada unidade, então a gente já ta trabalhando isso, fazer o grupo de tabagismo.

Renata – Foi pra Volta Redonda ou foi pra região?

P8s – Não foi pra região.

Renata – Todos os municípios?

P8s – Tinha pessoas de vários municípios.

Renata – Ta ok, Ana, muito obrigado pela sua participação.

Tempo: 10 minutos

P9s –

Renata – Você poderia se apresentar para identificar a fita.

P9s – Meu nome é Paulo Sérgio de Oliveira, sou técnico em enfermagem no projeto de saúde de família de Siberlândia, Volta Redonda.

Renata – Paulo, por favor, o que você entende sobre promoção de saúde?

P9s – (barulho de cadeira arrastando), bom, basicamente é nós trabalhamos com a prevenção né, então (barulho de algo batendo), prevenir é a base da do programa saúde da família, então como é que nós fazemos isso? Através de informações e atendimentos básicos.

Renata – (barulho de algo batendo) É, então essas são as atividades de promoção de saúde desenvolvidas. Você poderia me descrever uma atividade?

P9s – Das ações?

Renata – É, uma atividade que vocês executam aqui de promoção de saúde?

P9s – A ta, aqui nós temos o, os grupos de atenção básica que nós chamamos, que são os grupos que nós trabalhamos, com especificamente, com os diabéticos, com os hipertensos, com tem o grupo do peso saudável, que nós trabalhamos com os obesos né, tem o grupo das gestantes, que são as informações, é o grupo de controle familiar que orienta sobre todo tipo de contraceptivos, tem o grupo dos jovens e basicamente é isso.

Renata – É, como é que são resolvido os problemas que vocês identificam aqui na comunidade?

P9s – Bom, isso depende do problema, dependendo do problema, é a equipe tem reuniões periódicas e esses problemas são resolvidos basicamente assim em consenso coletivo.

Renata – E quando vocês precisam é de ajuda externa né, quem são assim os parceiros?

P9s – Bom, os parceiros, é isso faz parte, quando a gente fala de parceria isso faz parte da base do programa de saúde da família que a unidade ela ela tem o gestor que é o Governo, tem o Conselho Municipal de Saúde né, que fica logo a baixo, Secretaria de Saúde, então a unidade ela fica subordinada a estes setores basicamente, mas

internamente nós temos também a gerência que coordena a equipe, e é mais ou menos assim que funciona.

Renata – Hum, hum, é como são e se são identificados problemas ambientais aqui na comunidade?

P9s – Bom, isso é um assunto que a gente quase não discute, a gente detecta detecta algumas questões que podem estar afetando o ambiente, mas é um assunto que a gente não discute muito, não é uma norma não é corriqueira a gente está discutindo isso, então um exemplo, por exemplo na frente da unidade aí, nós temos é uma comunidade com sua má educação, jogando dejetos aí nas calçadas e tal (barulho de porta batendo) então não é que a gente discuta o meio ambiente, mas a gente tem que tomar determinadas medidas pra que este tipo de coisa não ocorra, mas ambiente mesmo a gente não discute muito, não é um assunto muito discutido pela equipe não.

Renata – Hum, hum, é na configuração de uma equipe né, existem uma competência da equipe como um todo e existem competências e responsabilidades dos membros da equipe, de cada um dos membros da equipe, você poderia descrever essas responsabilidades de cada um dos membros da equipe?

P9s – Bom, internamente nós temos uma hierarquia que começa com a gerente, essa gerente ela é subordinada a um distrito central, que tem uma gerente superior, maior e, internamente a gerência, ela coordena a equipe, distribui tarefas e ela intermédia entre a unidade, ela faz a intermediação, entre a unidade e o gestor né, então as orientações do gestor é repassada pra equipe através dessa gerência. Abaixo da gerência, nós temos agora uma um corpo novo que se chama auxiliar administrativo, que auxilia a gerência é na sua ausência e faz o o a ligação entre a gerência e a equipe, chama-se auxiliar administrativo, e abaixo delas, vem as enfermeiras de nível superior, vem os médicos aliás, depois as enfermeiras de nível superior, os técnicos, auxiliares e as serventes e os agentes comunitários de saúde, então cada um tem a sua função específica, a gerente como coordenadora da equipe, é auxiliar administrativo como auxiliar da gerência fazendo a ponte entre a gerência e a equipe, os médicos é que têm na função específica de tratar da saúde aqui dos pacientes, as enfermeira de nível superior (barulho de porta batendo) elas tem uma função específica que é a de cuidar basicamente da da saúde da gestante, fazer os preventivos, acompanhamento dos pré-natal, que é uma situação altamente importante, orientação do aleitamento materno que essa função não é só delas mas de toda equipe, mas isso basicamente é são as enfermeiras de nível superior que fazem porque elas que acompanham o pré-natal desde o princípio da da gravidez da mulher até o puerpério, então isso é muito importante, então a função delas é essa, a

função dos agentes comunitários é fazer a ligação, essa ponte de informações entre a família e as famílias e a unidade, a partir do do cadastro que é feito por esses agentes comunitários essas famílias não estão mais sozinhas, a partir daquele cadastro elas passam a ter ser é, ser acompanhadas é de tudo o que acontece no âmbito e no seio da família, ou seja, se nasceu alguém na família, se morreu alguém, se alguém se acidentou, se alguém sofreu uma cirurgia, qualquer coisa, tudo isso a unidade precisa saber e acompanhar, algumas dessas informações que vão chegar até a unidade através do agentes comunitários de saúde, talvez não seja de competência e solução da unidade, mas aí o que que a unidade faz, ela encaminha pros setores de competência, seja o conselho tutelar, seja a polícia, seja o conselho do idoso e assim sucessivamente.

Renata – E o técnico?

P9s – O técnico de enfermagem ele basicamente ele tem alguns, é é algumas funções específicas é ele que cuida dos ferimentos, basicamente faz os curativos (barulho de gente falando), as visitas domiciliares, o acompanha os grupos, os grupos específicos de de de informações que são os diabéticos, hipertensos é, as vacinações que são super importantes é desde o nascimento da criança, até a sua adolescência, basicamente o técnico de enfermagem ele ta atuando em quase todas as áreas.

Renata – É, eu gostaria que você descrevesse se existir né, o seu conhecimento sobre a atuação de outras equipes do programa saúde da família do município de Volta Redonda ou dos municípios da região e quais são os problemas que eles enfrentam?

P9s – Essa informação ela por inteiro eu não tenho, eu tenho assim amigos que eu conheço que trabalham na área de saúde no programa de saúde da família em outras cidades próximas que segundo informação deles é os programas de saúde da família nessas cidades estão bastante aquém do do do avanço da do programa, dos programas de saúde da família de Volta Redonda, basicamente é essa informação que eu tenho.

Renata – Hum, hum, é descrever também, se existir né, se você participou de algum encontro regional do programa para troca de experiências ou capacitação em relação ao ao meio ambiente, a questão ambiental?

P9s – Não, eu nunca participei.

Renata – Ta Ok, muito obrigado.

Tempo: 10 minutos