

“O território na construção do conhecimento local na Estratégia de Saúde da Família: o caso do município de Petrópolis /RJ”

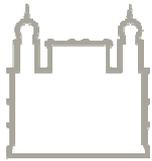
por

Adriana de S. Thiago Papinutto

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

*Orientador principal: Prof. Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosely Magalhães de Oliveira*

Rio de Janeiro, julho 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“O território na construção do conhecimento local na Estratégia de Saúde da Família: o caso do município de Petrópolis /RJ”

apresentada por

Adriana de S. Thiago Papinutto

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Prof.^a Dr.^a Marize Bastos da Cunha

Prof. Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 01 de julho de 2011.

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, 01 de julho de 2011.

Adriana de S. Thiago Papinutto

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P217 Papinutto, Adriana de S. Thiago
O território na construção do conhecimento local na Estratégia
Saúde da Família: o caso do município de Petrópolis /RJ. /
Adriana de S. Thiago Papinutto. -- 2011.
235 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Barcellos Neto, Christovam de Castro
Oliveira, Rosely Magalhães de

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Programa Saúde da Família. 2. Estratégias Locais.
3. Diagnóstico da Situação em Saúde. 4. Condições Sociais.
5. Prática de Saúde Pública. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12098153

*Dedico essa dissertação de Mestrado aos meus três tesouros, Marco,
Marianna e Luisa. Obrigada por tudo que representam para mim.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer é o ato de reconhecer que não construímos nada sozinhos.

Aos meus queridos orientadores, Christovam Barcellos e Rosely Magalhães, agradeço de coração. Christovam, por ter me despertado, mesmo antes do mestrado, o interesse pelo estudo do território na saúde através de seus textos, pela forma simpática e amiga que sempre me recebeu. Rosely, por tudo que representou na construção desta pesquisa, pelo interesse, dedicação, pela luz que foi no meu caminho.

Agradeço pelo convívio tão enriquecedor com os professores da ENSP, especialmente da sub-área Processo Saúde-Doença, Território e Justiça Social, não podendo deixar de citar o Prof^o Vitor Valla, um exemplo para sempre, Prof^o Paulo Sabroza, Prof^a Marly Marques e Prof^o Eduardo Stotz.

A minha querida professora Marize Cunha, agradeço toda a contribuição dada a esta pesquisa nas aulas, na qualificação e na defesa da dissertação. A Carlos Eduardo Aguilera, agradeço o carinho com que leu cada página desta dissertação, cada anotação que fez, sua contribuição foi preciosa.

Aos funcionários do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da ENSP, agradeço todo o auxílio que nos foi dado durante o curso, não podendo deixar de citar a Carla, sempre tão disponível para nos socorrer.

Aos meus colegas de turma agradeço a parceria nesta trajetória, o convívio alegre, aprendi muito com vocês.

Aos meus pais, meu maior exemplo de resistência e amor, agradeço toda ajuda e compreensão durante minha trajetória de mestrado.

A toda a minha “grande família” agradeço cada palavra de interesse, estímulo, carinho... E recebi tantas nesse percurso.

A amigas Vânia Werneck e Adriana Jacques quero agradecer por terem possibilitado a realização deste mestrado, sempre disponíveis para me ajudar, facilitando meus horários na

Secretaria de Saúde de Petrópolis e torcendo por mim. A amiga Cláudia Vilaro agradeço a cumplicidade desde o início deste sonho.

Aos professores João Miranda e Paulo Sá agradeço todo o apoio que me foi dado na Faculdade de Medicina de Petrópolis para que pudesse me dedicar ao mestrado.

A Carlos Alberto, do setor de Informática da Secretaria de Saúde de Petrópolis, obrigada por toda a ajuda, pela boa vontade, pela disposição sempre presente em me ajudar.

Agradeço à Secretária de Saúde de Petrópolis Aparecida Barbosa, a liberação para o mestrado.

Aos profissionais da Coordenação da ESF em Petrópolis, Márcia Tânia, Zenith, Suzana, Oswaldo, Élide, Silmar, Sandra e Luiz Henrique, agradeço a recepção amigável e a forma tão verdadeira como participaram das entrevistas, o que tanto enriqueceu esta pesquisa.

Com a Equipe de Saúde da Família do Caxambu quero dividir o resultado deste trabalho, pois foram co-autores deste processo. Quero também dividir com todos que possam ler essas páginas esse exemplo de trabalhadores verdadeiramente comprometidos com o SUS.

Mais que um produto final, o mestrado nos proporciona percorrer um caminho que se faz de encontros. Encontro com os autores pesquisados, com nossos orientadores, com professores, com novos colegas, com os sujeitos da pesquisa. Ao final deste percurso, percebemos que o maior resultado é o nosso olhar ampliado por um novo conhecimento, construído de forma compartilhada por múltiplos e diversos saberes.

Agradeço a Deus pela oportunidade de todos estes encontros.

*“ O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa
saber sem compreender e principalmente sem sentir.”*

Gramsci

RESUMO

O Território na construção do conhecimento local na Estratégia de Saúde da Família: o caso do município de Petrópolis/RJ

Adriana de S. Thiago Papinutto

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em nosso país em 1994 a partir da incorporação de agentes comunitários de saúde às unidades básicas através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1997, passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tem como objetivo principal constituir-se como eixo estruturante do sistema, com o intuito de reorientar o modelo de atenção à saúde no SUS. O trabalho se dá através de equipes multiprofissionais, que trabalham com a definição de território de abrangência, que significa a área que está sob sua responsabilidade, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A partir da construção coletiva com a população de um conhecimento sobre a situação de saúde no território é que será possível uma aproximação com as necessidades sociais de saúde da população. Essa dissertação de mestrado procurou compreender como a equipe, no seu processo de trabalho, vem produzindo conhecimento sobre a situação de saúde no território onde atua na ESF, no município de Petrópolis. O estudo teve como foco as práticas locais relacionadas à produção de informações e conhecimento sobre a situação de saúde, as condições de vida e as necessidades sociais e de saúde no território. Demandou uma abordagem qualitativa aos moldes de um estudo de caso. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram à análise documental, as entrevistas semi-estruturadas e a observação participante. Os resultados encontrados a partir de uma experiência local mostraram que apesar do trabalho das equipes estar direcionado, prioritariamente, para a assistência aos programas do ministério direcionados a doenças e a grupos prioritários, vem sendo desenvolvidas, também, práticas inovadoras que potencializam a construção do conhecimento sobre a situação de saúde no território. As principais práticas identificadas foram: as visitas domiciliares, as reuniões coletivas com a comunidade, as reuniões de equipe, a utilização de mapas de forma criativa, os grupos de educação em saúde, as atividades de interação ensino-serviço-comunidade, os procedimentos coletivos nas escolas e o acolhimento. Em relação ao contexto sócio econômico os principais fatores facilitadores a essas práticas foram a organização local da comunidade e a presença atuante de instituições de ensino e organizações sociais, como Ongs, no território. Os fatores restritivos foram o excessivo populacional, as demandas permanentes da população devido a sua vulnerabilidade e a heterogeneidade territorial local. Em relação ao contexto político-organizacional, os principais fatores facilitadores e restritivos foram relativos à cultura institucional, à participação popular em saúde, ao processo de trabalho da supervisão, ao processo de trabalho e de avaliação das equipes, ao perfil profissional e ao processo de educação permanente no município. Destacaram-se como fatores restritivos a essas práticas, a sobrecarga de trabalho dos profissionais e um processo avaliativo do trabalho das equipes normatizado, baseado em metas de produção a partir dos indicadores do SIAB.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família; Território; Situação de Saúde Local; Práticas em Saúde.

ABSTRACT

Territory in the construction of local knowledge in the Family Health Strategy: the case of the municipality of Petrópolis/RJ

Adriana de S. Thiago Papinutto

The Family Health Program (FHP) was implemented in our country in 1994 when community health workers joined basic health units through the Community Agents Program (PACS). In 1997, came to be called the Family Health Strategy (FHS). It aims to establish itself as the main structural axis of the system in order to refocus the SUS healthcare model. The work is performed by multidisciplinary teams, working with the definition of geographic jurisdiction, which means the area that is under each team's responsibility, enabling the establishment of bonds of commitment and co-responsibility between health professionals and the public. Building up knowledge about the health situation in the territory together with the population will enable an approach to the social and health needs of the population. This dissertation sought to understand how the team in its work process, has been producing knowledge about the health situation in the territory where it operates in the ESF, the city of Petrópolis. The study focused on local performances related to the production of information and knowledge about the health situation, living conditions and social needs and health in the territory. It demanded a qualitative approach to create a case study. The data collection techniques used were document analysis, semi-structured interviews and integrated observation. The results from a local experience showed that although the teams work is directed primarily to assist the ministry programs targeted at priority groups and diseases, also, innovative practices that enhance the knowledge on the health situation in the territory have been developed. The main practices identified were: home visits, meetings the community, staff meetings, the use of maps in a creative way, groups of health education, interaction activities of teaching service and community, the collective procedures at school and carefulness. Regarding socio economic factors which made such practices easy, there was local community organization and the presence of educational institutions and civil society organizations like non-governmental organizations, in the territory. The limiting factors were the excessive population, the long-standing demands of the population due to their vulnerability and local territorial heterogeneity. In relation to the political and organizational context facilitators and the main restrictive factors were related to institutional culture, popular participation in health, the working process of supervision, work process and evaluation of the teams, the professional profile and the permanent process of education in the city. The workload of professionals and an evaluation process of the work of teams standardized, based on production targets as indicators of SIAB stood out as restrictive factors to these practices.

KEYWORDS: Family Health Strategy, Territory, Local Health Situation, Practices in Health.

LISTA DE QUADROS:

QUADRO 1: Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde.....	33
QUADRO 2: Modos de Produção do Conhecimento.....	50
QUADRO 3: Estrutura Etária da população no Município de Petrópolis (estimativa para 2009).....	70
QUADRO 4: Curva de mortalidade proporcional no Município de Petrópolis em 2008 (Curva de Moraes)	73
QUADRO 5: Perfil da Gerência do Departamento de Atenção Básica no Município....	90
QUADRO 6: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde – Setor: Diretoria de Postos e PSF (PETRÓPOLIS, 2003)	99
QUADRO 7: Perfil da Comunidade do Caxambu (PETRÓPOLIS/SMS, 1997).....	121
QUADRO 8: Condições gerais de funcionamento do Posto de Saúde do Caxambu (PETRÓPOLIS/SMS, 1997)	121
QUADRO 9: Perfil da Equipe de Saúde da Família da Unidade do Caxambu- ACS.....	126
QUADRO 10: Perfil da Equipe de Saúde da Família da Unidade do Caxambu- profissionais de nível médio e superior.....	126
QUADRO 11: Elementos que apontam para o potencial inovador das práticas desenvolvidas pela equipe de saúde da família do Caxambu – Petrópolis- RJ.....	169
QUADRO 12: Principais elementos que apontam para as potencialidades e limitações das informações produzidas a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o diagnóstico da situação de saúde no território.....	179
QUADRO 13: Fatores facilitadores e restritivos à instituição de práticas inovadoras em saúde no processo de trabalho das equipes, relacionados ao contexto sócio econômico e político institucional da ESF no município de Petrópolis	202

LISTA DE TABELAS:

TABELA 1: População Residente por faixa etária e sexo, 2009.....	69
TABELA 2: Petrópolis – Distribuição da população residente nos distritos – segundo estimativa populacional/2008.....	70
TABELA 3: Coeficiente de Mortalidade infantil neonatal, neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal e infantil, no município de Petrópolis, no período de 2004 a 2008....	72

TABELA 4: Perfil da população coberta pela ESF no município de Petrópolis/2010.....	81
TABELA 5: Distribuição da população do Posto de Saúde da Família do Caxambu, segundo faixa etária.....	127
TABELA 6: Perfil da população coberta pela Unidade de Saúde da Família do Caxambu no município de Petrópolis – 2010.....	128
TABELA 7: Perfil de cobertura e de utilização de serviços de saúde da população adscrita à Unidade de Saúde da Família do Caxambu – dezembro de 2010.....	176
TABELA 8: Perfil de cobertura das famílias cadastradas na Unidade de Saúde da Família do Caxambu – dezembro de 2010.....	176

LISTA DE GRÁFICOS:

GRÁFICO 1: Número de equipes por ano de implantação -1998 a 2010/Petrópolis.....	88
--	----

LISTA DE FIGURAS:

MAPA 1: Mapa do Estado do Rio de Janeiro – Regiões e Municípios – com destaque ao Município de Petrópolis.....	57
MAPA 2: Mapa da Região Serrana Estado do RJ (divisão por microrregiões).....	58
MAPA 3: Mapa de distribuição da Rede de Saúde de Petrópolis.....	94
MAPA 4: Mapa de Petrópolis (divisão por distritos) - destaque para o bairro Caxambu..	118
MAPA 5: Localização das 28 áreas de grande vulnerabilidade e ocupação irregular do solo selecionadas para estudo pela Secretaria de Apoio Comunitário em 1986 (destaque em vermelho para o Morro dos Anjos e Buraco do Caxambu).....	124
MAPA 6: Foto de satélite do Bairro Caxambu.....	216
MAPA 7: Mapa da área adscrita à Unidade de Saúde da Família do Caxambu, identificando as microáreas por cores, os caminhos, as escolas, a creche e o Posto Saúde.....	217
MAPA 8: Mapa de convergência de fluxos da população para as Escolas, Creche, Biblioteca de rua e para o Posto de Saúde Caxambu.....	218
MAPA 9: Microárea 1 – Morro dos Anjos - divisão por zonas A, B, C e D.....	219
MAPA 10: Microárea 2 – Três Pedras - divisão por zonas A, B, C e D.....	220

MAPA 11: Microárea 3 – “Pra cima da Igreja” - divisão por zonas A, B, C e D.....	221
MAPA 12: Microárea 4 – Mata do Banco - divisão por zonas A, B, C e D.....	222
MAPA 13: Microárea 5 – Joaquim Ribeiro da Mota - divisão por zonas A, B, C e D.....	223
MAPA 14: Microárea 6 – Elisio Alves - divisão por zonas A, B, C e D.....	224
MAPA 15: Microárea 7 – Elisia Mussel - divisão por zonas A, B, C e D.....	225

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES:

ABS - Atenção Básica de Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

DAB - Departamento de Atenção Básica

DST/AIDS - Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FAMPE - Federação de Associações de Moradores Petropolitana

FIRJAN - Federação das Indústrias do Rio de Janeiro

FMP - Faculdade de Medicina de Petrópolis

FASE - Faculdade Arthur Sá Earp Neto

HIPERDIA - Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LNCC - Laboratório Nacional de Computação Científica

MS - Ministério da Saúde

NOB/96 - Norma Operacional Básica/96

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISCA - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e de Adolescente

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PIB - Produto Interno Bruto

PMFN/RJ - Programa Médico de Família de Niterói/RJ

PMP - Prefeitura Municipal de Petrópolis

PNAB - Política Nacional da Atenção Básica

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

SF - Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO:

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 A ESF E SUA CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA	19
1.2 ESF, TERRITÓRIO E CONHECIMENTO LOCAL: <i>problematizando a questão</i>	25
2 OBJETIVOS	28
2.1 OBJETIVO GERAL.....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3 ABORDAGEM TEÓRICA: articulando conceitos	29
3.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	29
3.2 TERRITÓRIO E SAÚDE	39
3.3 NECESSIDADES SOCIAIS DE SAÚDE	42
3.4 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE.....	47
4 PERCURSO METODOLÓGICO	54
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	54
4.2 ÁREA DE ESTUDO.....	55
4.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	59
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	67
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
5.1. CONTEXTO SÓCIO ECONÔMICO MUNICIPAL.....	69
5.1.1 Perfil demográfico e econômico.....	69
5.1.2 Perfil epidemiológico.....	72

<i>5.2 CONTEXTO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL...</i>	75
<i>5.2.1 Rede de Saúde Municipal.....</i>	75
<i>5.2.2 Estratégia de Saúde da Família.....</i>	80
<i>5.2.2.1 Histórico de Implantação.....</i>	81
<i>5.2.2.2 Perfil de Implementação.....</i>	89
<i>5.2.2.3 Unidade de Saúde da Família do Caxambu.....</i>	117
<i>5.3 UMA EXPERIÊNCIA LOCAL NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE...</i>	130
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	190
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	207
ANEXOS.....	226

APRESENTAÇÃO

O desejo para a realização desta pesquisa de mestrado nasceu do meu trabalho como médica de família e comunidade no PSF da Fazenda Inglesa em Petrópolis. Ao entrar em contato com essa nova proposta em saúde, deparei-me com o encantamento que esse trabalho trazia, mas também com a enorme dificuldade de conseguir operacionalizá-lo. Como uma equipe poderia dar conta de tantas atribuições, conhecer a população e ainda sentir-se responsável por uma comunidade inteira? Minha formação em Pneumologia e Homeopatia me ajudava na clínica, em ouvir os pacientes, na forma de ver o indivíduo numa perspectiva integral, em compreender os sinais do sofrimento sob a forma de “queixas inespecíficas”, em me aproximar da dinâmica familiar. Porém, trabalhar a nível de um grupo populacional, compreendendo a situação de saúde local e suas influências na saúde individual, me aprofundar no conhecimento das relações existentes entre as condições de vida e os determinantes do processo saúde-doença, conhecer os recursos locais e verdadeiramente trabalhar junto a eles numa perspectiva intersetorial, era uma competência acima da minha formação acadêmica.

No entanto, apesar dessa angústia, com o tempo me dei conta de que o “caminho se aprende caminhando” e que no seu processo de trabalho a equipe vinha produzindo, cada vez mais, um conhecimento sobre a realidade local. Fomos aprendendo que o trabalho deveria partir das necessidades sentidas por aquela comunidade, naquele território, e que para operacionalizá-lo era preciso instituir sistematicamente “novas práticas em saúde”.

Um tempo depois, ao trabalhar como professora da disciplina Programa Curricular Saúde e Sociedade da Faculdade de Medicina de Petrópolis, tendo como cenário de ensino o Saúde da Família, reacendeu-me o desejo de realizar este mestrado, no intuito de aprofundar o conhecimento de como melhor “caminhar” esse território no sentido de promover uma prática em saúde comprometida com a melhoria das condições de vida da nossa população.

Enfim, meu maior desejo com a realização desta pesquisa é poder contribuir para o trabalho dos profissionais que se dedicam à Estratégia de Saúde da Família.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - A ESF E SUA CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA

A situação de saúde de uma população é o reflexo de suas condições de vida, sendo determinada pela forma de organização e pelo processo de reprodução social dos grupos sociais no território. Portanto, é também produto do modelo de desenvolvimento adotado por um país, o qual vai determinar as prioridades na formulação de políticas. Nesse sentido, uma política de saúde que priorize a compreensão e enfrentamento da situação de saúde da população deverá levar em consideração a heterogeneidade de sua organização social assim como das condições de vida dos grupos sociais. Isso se torna possível a partir da vigilância da saúde a nível local. O caminho para adoção da proposta da Vigilância da Saúde é a valorização da Atenção Primária a Saúde (APS) a partir da instituição de modelos de atenção como a Estratégia de Saúde da Família.

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978, foi recomendada a organização dos sistemas de saúde a partir da Atenção Primária a Saúde (APS). Esta seria a chave para se alcançar a meta “Saúde para todos no ano 2000”, com a responsabilização dos governos na garantia de saúde para sua população. A 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, e as demais conferências de promoção, realizadas posteriormente, reforçam este movimento de valorização da Atenção Primária. Isso fica evidente na Carta de Ottawa (WHO,1986), promulgada pela 1ª Conferência, onde o termo promoção está associado a políticas públicas saudáveis, a qualidade de vida, desenvolvimento, participação, equidade. A meta “Saúde para todos no ano 2000” não foi alcançada, porém, desde então, muito vem sendo realizado a partir dos princípios da APS.

A APS, em 1978, foi assim definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS),

“A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias, que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela é parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui-se no primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais

próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção” (OMS, 1978).

Paim (2008) destaca que os modos pelos quais as sociedades identificam os seus problemas de saúde, buscam a sua explicação e se organizam para enfrentá-los variam historicamente e dependem de determinantes estruturais econômicos, políticos e ideológicos. Assim, o campo da saúde pública sofre as influências desses determinantes sociais e passa por recomposições em função de novas relações entre a sociedade e o Estado (PAIM, 2002).

Nesse sentido, no contexto brasileiro, enquanto internacionalmente a Atenção Primária à Saúde era legitimada, a perspectiva da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado foi a base da Reforma Sanitária¹ no final dos anos 70. Esse movimento nasceu na luta contra a ditadura militar com o tema Saúde e Democracia. Caracterizou-se pela ampla participação de segmentos da sociedade civil e estruturou-se dentro das universidades nos Departamentos de Medicina Preventiva, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços (AROUCA, 1998).

Os Departamentos de Medicina Preventiva constituíram a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias. No Brasil, foram criados, na década de 1950, na Faculdade Paulista de Medicina e de Ribeirão Preto. A partir de 1968, pela Lei da Reforma Universitária, tornaram-se obrigatórios nas faculdades de medicina. Constituíram o *locus* a partir do qual começou a se organizar o movimento sanitário, o qual buscava conciliar a produção de conhecimento e a prática política (ESCOREL et al, 2005).

O movimento da Reforma Sanitária sofreu influências da Medicina Social² e efetuou uma crítica a própria Medicina Preventiva e a outros movimentos de reforma em saúde como da Medicina Integral (*Comprehensive Medicine*) (ESCOREL et al, 2005; PAIM,2008).

¹ “O termo ‘Reforma Sanitária’ foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova idéia a qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população” (Biblioteca Virtual Sérgio Arouca <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> Acesso em 12/05/2009).

² Essa expressão atribuída a Jules Guérin, na França (1848), dissemina-se junto às lutas sociais destes país e depois na Alemanha (1871). Apresentava os seguintes princípios básicos: *a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social; condições econômicas e sociais devem ser submetidas às investigações científicas; medidas para combater a doença devem ser sociais e médicas* (ROSEN,1979 apud PAIM, 2008)). No resgate às contribuições da Medicina Social junto às lutas sociais da França e Alemanha, tendo como bases

A Medicina Integral seria aquela capaz de articular os cinco níveis de prevenção sobre o processo saúde doença, compreendidos, de acordo com Leavell e Clark, a partir do modelo da história natural das doenças³ : promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação (PAIM, 2008).

A Medicina Preventiva, originada nas escolas médicas americanas na passagem da década de 1940 para 1950, como proposta de reforma em saúde das mais parciais, fundamentava uma política que separava a promoção e a proteção da saúde para as agências estatais de saúde pública e as demais ações para a medicina privada (AROUCA,1975). O movimento preventivista, até a década de 60, normatizava a conduta do médico, redefinindo suas funções a partir de um conceito ecológico de saúde e doença, ou seja, a doença seria o resultado do desequilíbrio entre o hospedeiro (homem) e o seu ambiente. Como tentativa de preservação da medicina liberal contra a intervenção estatal, a Medicina Preventiva produziu o dilema preventivista (AROUCA,1975), ou seja, a dificuldade de implantação do seu projeto em sociedades capitalistas, especialmente naquelas que não realizavam transformações profundas na organização dos serviços de saúde (PAIM, 2008). Paim (2008) afirma que diante das insuficiências teóricas e políticas desses movimentos de reforma em saúde, como o preventivista e da medicina integral, tornou-se necessário transformar muitas de suas noções (como a de integralidade) em conceitos teóricos e proposições políticas.

Assim, nesse contexto de questionamentos e novas formulações sobre a prática em saúde, delimitou-se teoricamente o campo da Saúde Coletiva, sendo o movimento sanitário entendido como um movimento ideológico com uma prática política, onde “ a saúde como dimensão da democracia erigiu-se em bandeira contra o regime autoritário” (ESCOREL et al, 2005, p.65).

conceituais o questionamento aos diversos movimentos de reforma médica, bem como à crise das políticas sanitárias e às críticas da concepção unicausal dominante na Epidemiologia, funda-se, na década de 70, a corrente teórica latino-americana da Medicina Social, posteriormente conhecida como Saúde Coletiva (CASTELLANOS, 1997; PAIM, 2008).

³ A partir do modelo da história natural das doenças de Leavell e Clark, o processo saúde-doença era visto em dois níveis: o pré-patogênico e o patogênico. No período pré-patogênico poderiam ser desenvolvidas medidas de prevenção primária: através de ações de promoção e proteção da saúde. No período patogênico poderiam ser realizadas medidas de prevenção secundária: através de ações de detecção precoce da doença, antes do período clínico, além de ações diagnósticas e de recuperação da saúde quando a doença já estivesse instalada; e medidas de prevenção terciária: através de ações para minimizar seqüelas da doença (PAIM, 2008).

O Movimento da Reforma Sanitária também empreendeu um diagnóstico sobre os serviços de saúde no Brasil, a partir do qual foram constituídas as bases estruturantes do SUS. Este diagnóstico evidenciou os seguintes problemas:

- desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- excessiva centralização, implicando, por vezes, impropriedades das decisões, pela distância dos locais onde ocorrem os problemas;
- baixa cobertura assistencial, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e as regiões mais carentes;
- irresolubilidade, desperdício e fragmentação de ações e serviços no enfrentamento dos problemas e necessidades nas diferentes regiões e populações brasileiras (MENDES, 1993).

Em março de 1986, a partir do Movimento Sanitário, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde deliberou-se que a Saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (MS, 1986). Esta Conferência teve desdobramentos imediatos em um conjunto de trabalhos técnicos e políticos que serviram de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2009). A Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988, a chamada “Constituição Cidadã, cria o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual teve seu arcabouço legal definido nas leis nº 8.080 de 1990 e nº 8.142 de 1990, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde. A lei nº 8.080 define e reafirma a saúde como um direito do cidadão, dever do Estado e que seja universal o acesso a todos os bens e serviços que a promovam e recuperem. E a lei nº 8.142, no seu artigo 1º, regula a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

O SUS foi elaborado dentro de um contexto de lutas frente a um modelo econômico capitalista, onde, institucionalmente, priorizava-se uma política pública em saúde baseada na assistência previdenciária a partir de um modelo médico-hospitalar. Nesse sentido, Campos (2003) afirma que entre as dificuldades enfrentadas pelo SUS estão as heranças recebidas de décadas da estruturação do setor saúde: a cultura organizacional, os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos.

Essa prática hegemônica em saúde levou a uma compreensão limitada do processo saúde doença, não considerando sua determinação complexa em diversas dimensões, como a econômica, a social, a ambiental, a cultural, além da biológica. Na lógica da fragmentação dos saberes, o conhecimento sobre a situação de saúde da população não foi capaz de embasar o

enfrentamento da adversa realidade da saúde pública, apenas levando a ações focais limitadas sobre realidades complexas.

Mas, mesmo frente a estas dificuldades, podemos dizer que o SUS representa um grande avanço para a nossa sociedade. Nesse sentido, Escorel et al (2007) afirmam que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da década de 90, representou uma importante mudança na organização dos serviços de saúde no país. Três características definem este modelo, além de outras: a criação de um Sistema Nacional de Saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema é o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários) (VIANNA e DAL POZ, 1998). Tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, e como diretrizes organizacionais a regionalização e a descentralização dos serviços de saúde.

O SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção, tendo conquistado avanços importantes durante seus vinte anos de existência, mas ainda é preciso avançar para a sua efetiva implantação e para contemplar as necessidades da população. Apesar de todos os grandes desafios que ainda tem a enfrentar, uma grande conquista foi a valorização da Atenção Primária à Saúde, sendo considerada eixo estruturante do sistema na reformulação da organização do modelo de atenção à saúde.

As responsabilidades da Atenção Primária, segundo Starfield (2002), vão de encontro ao conceito apresentado a partir da Conferência de Alma Ata (OMS,1978), sendo definidas como: acessibilidade e primeiro contato ou “porta de entrada do sistema de saúde, longitudinalidade do cuidado ao longo do tempo, interação profissional-paciente, integralidade da atenção e coordenação do cuidado. A mesma autora também a define como “aquele nível de um sistema de serviço que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas...coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros... lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas ao seu problema de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 28).

No sentido de afastar-se da idéia de uma atenção simplificada e primitiva de saúde, Schaiber e Mendes-Gonçalves (1996) afirmam que as demandas neste nível exigem, para a sua adequada compreensão e efetiva transformação, sofisticada síntese de saberes e uma complexa integração de ações individuais e coletivas; curativas e preventivas; assistenciais e educativas.

No documento Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, a Organização Pan-americana de Saúde define um sistema de saúde com base na APS como

“uma abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade” (OPAS/OMS, 2005, p.6).

Atualmente, o Ministério da Saúde ao valorizar a Atenção Primária, define-a como Atenção Básica (HEIMANN e MENDONÇA, 2005). Nesse sentido, Paim (2008) afirma que o MS tem utilizado a expressão Atenção Básica à Saúde (ABS), talvez para evitar a confusão com a concepção de APS correspondente a “atenção primitiva de saúde”.

Segundo GIL (2006), após ampla revisão bibliográfica sobre o tema, a Atenção Primária à Saúde é considerada como marco referencial dotado de um significado histórico legitimado universalmente no processo das reformas setoriais, enquanto a Atenção Básica adquiriu um significado simbólico particular em nosso contexto, porque se trata de um conceito construído e legitimado a partir do enfrentamento das dificuldades específicas do processo de implantação e desenvolvimento do SUS.

A organização da Atenção Básica tem como fundamento os princípios do SUS e 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 (BRASIL,1998).

Um grande passo para a reestruturação do sistema de saúde no nosso país a partir da Atenção Básica foi a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. Já em 1997, adquire a condição de Estratégia de Saúde da Família (ESF), simbolizando a abrangência de ação deste modelo de atenção a saúde

Segundo o MS (BRASIL, 1997), a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. O trabalho desenvolve-se a partir de equipes de saúde que se tornam responsáveis por uma população adscrita. Além do cuidado aos indivíduos e famílias de forma integral, devem atuar no território, realizando diagnóstico da situação de saúde e buscando integração com a comunidade, instituições e organizações sociais para ações intersetoriais (BRASIL,2006). Portanto, verificamos a necessidade de construção de um conhecimento sobre a situação de saúde local como passo fundamental para o trabalho das equipes de saúde da família.

A ESF possibilita uma maior compreensão do processo saúde doença a partir da interação da equipe com a população nos territórios do cotidiano. Território compreendido como território-processo, sendo resultado de acumulações históricas, onde a sua dinâmica é

determinada pela organização e reprodução dos grupos sociais, portanto, expressando as condições de vida e sua relação com as necessidades sociais de saúde da população.

O território, assim compreendido, é o *locus* privilegiado para a construção do conhecimento em saúde, onde saberes podem se somar e as estratégias de enfrentamento de realidades complexas podem ser muito mais promissoras.

É uma nova lógica do trabalho em saúde que se instaura com a ESF, onde os profissionais estão inseridos em um ambiente que oferece oportunidades para uma prática articulada com as necessidades da população. O modelo da Vigilância da Saúde, por articular conceitos importantes referentes ao trabalho na estratégia, como território, trabalho em equipe, interação com a população e conhecimento sobre as necessidades de saúde, mostra-se como a forma operacional que possibilita o desenvolvimento desta nova organização do trabalho em saúde (PAIM e TEIXEIRA, 1992) (PAIM, 2008) .

Porém, apesar do diagnóstico da situação de saúde ser uma atribuição do processo de trabalho das equipes de saúde da família, esta não é uma meta priorizada a nível central, e sim é priorizada a produção de indicadores relacionados principalmente a doenças, agravos, nível sócio-econômico da população e ao somatório das condições de moradia. Não expressando, esses indicadores, as necessidades sociais de saúde, assim como as condições de vida dos grupos sociais.

1.2 - ESF, TERRITÓRIO E CONHECIMENTO LOCAL: problematizando a questão

Após trabalhar como médica de família e comunidade no município de Petrópolis, pude observar que as equipes têm produzido um conhecimento local da situação de saúde da população apesar de tantas atribuições normativas do seu processo de trabalho. Porém, esse conhecimento nem sempre é valorizado e sistematizado para que a ESF consolide-se como um modelo transformador das práticas em saúde.

Esta pesquisa teve, portanto, como pressuposto que o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é conduzido pelo alto grau de normatividade da implementação da Estratégia, com a priorização da sistematização de informações a partir de instrumentos que compõem o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), de ações direcionadas a programas verticais de controle de agravos e do cumprimento de metas pactuadas a nível central. Apesar de nas atribuições do processo de trabalho das equipes, definidas pela Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006), ser preconizada a análise sistemática da

situação de saúde, esta ação não é priorizada a nível central. No entanto, as equipes de saúde da família têm também desenvolvido práticas e atividades que levam a construção de um conhecimento sobre as condições de vida e as necessidades sociais de saúde no território onde atuam. Possibilitando, dessa forma, a criação de estratégias na relação com a população para a condução de problemas locais.

Pelo exposto, levantamos uma questão central para esta pesquisa, a qual norteou os objetivos a serem alcançados:

→ Como se dá o processo de construção do conhecimento pela equipe de saúde da família sobre a situação de saúde no território em que atua?

A pesquisa foi realizada no município de Petrópolis/ RJ, sendo o trabalho de campo desenvolvido no âmbito da Estratégia da Saúde da Família. Demandou uma metodologia predominantemente qualitativa aos moldes de um estudo de caso. As técnicas de coleta de dados foram a análise documental, as entrevistas semi-estruturadas e a observação participante.

A dissertação está organizada em seis capítulos. Neste primeiro capítulo, é realizada uma introdução ao tema com a problematização do objeto de estudo, sendo apresentado o pressuposto a partir do qual foi levantada a questão central que guiou esta pesquisa.

No segundo capítulo, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo.

No terceiro capítulo, é apresentada uma revisão da literatura a partir da articulação dos referenciais teóricos.

No quarto capítulo, é descrito o percurso metodológico, é realizada uma breve caracterização da área do estudo, o município de Petrópolis, assim como da população da pesquisa e apresentadas as considerações éticas.

No quinto capítulo, guiados pelos objetivos desta pesquisa, são apresentados e discutidos os resultados encontrados a partir do contexto sócio-econômico municipal, do contexto político organizacional do Sistema de saúde municipal e de uma experiência local na construção do conhecimento em saúde, o trabalho na Unidade de Saúde da Família do Caxambu.

Ao final, no sexto capítulo, teço minhas considerações finais.

Pretendeu-se, com a realização desta pesquisa, contribuir para uma reflexão sobre a Educação Permanente e o aprimoramento do processo de trabalho das equipes na Estratégia de Saúde da Família no município de Petrópolis, das quais se esperam modos inovadores do trabalho em saúde, com abordagens mais efetivas no enfrentamento das realidades locais.

2 - OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL

- Compreender como a equipe, no seu processo de trabalho, vem produzindo conhecimento sobre a situação de saúde no território onde atua, na ESF no município de Petrópolis.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o contexto sócio-econômico e político organizacional da implementação da ESF em Petrópolis.
- Caracterizar o processo de trabalho da equipe de saúde da família enfocando as práticas voltadas para a produção de informações e conhecimento sobre a situação de saúde no território.
- Descrever os limites e as potencialidades das informações produzidas a partir do SIAB para a construção do conhecimento sobre a situação de saúde no território.
- Identificar e descrever outros instrumentos de produção e sistematização de informações que a equipe utilize no seu processo de trabalho.
- Descrever os fatores facilitadores e restritivos para a instituição destas práticas no processo de trabalho da equipe frente ao contexto político organizacional e sócio econômico da implementação da Estratégia de Saúde da Família no município.

3 - ABORDAGEM TEÓRICA – articulando conceitos

3.1 - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em nosso país em 1994, a partir da incorporação de agentes comunitários de saúde às unidades básicas através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN/RJ), implantado em 1992 e inspirado no modelo cubano de medicina de família, junto com iniciativas como o PACS e outras experiências nacionais influenciaram a criação do PSF pelo Ministério da Saúde. Pode-se dizer que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado oficialmente no Brasil em 1991, e suas experiências exitosas, sobretudo no Estado do Ceará, constituem as plataformas para implantação do PSF no país. Na verdade, o Ministério institucionalizou em 1991 as experiências isoladas de agentes comunitários em saúde no Paraná, Mato grosso do Sul e Ceará (VIANNA e DAL POZ, 1998).

Inicialmente definido como programa, já em 1997, no documento *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial* (BRASIL, 1997), foi caracterizado como uma estratégia. Definição bem mais apropriada para a complexidade que envolve o trabalho em saúde. Segundo MORIN (2007, p.81), “A palavra estratégia se opõe a programa, pois o programa não se obriga a estar vigilante. Ele não obriga a inovar.”

PAIM (2001) refere que de início houve a preocupação de que o Programa de Saúde da Família, enquanto continuação do PACS, expressasse políticas de *focalização* propostas pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais, caracterizadas por “pacotes básicos” de atenção médica para pobres. Talvez, porque, inicialmente, a definição da implantação do programa priorizasse as áreas de risco segundo o *Mapa da Fome* do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (PELLIANO, 1993 apud SENNA, 2002), e/ou porque sua emergência se deu num contexto de crise e racionalização dos gastos em saúde, e/ou ainda devido à priorização das ações de prevenção e promoção da saúde, baseadas em baixa incorporação tecnológica (SENN, 2002). Porém, ao incorporar os princípios do SUS e ao aproximar-se dos pressupostos da Atenção Primária a Saúde, a ESF busca romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada (ESCOREL et al, 2007).

A ESF apresentou grande expansão no nosso país. Atualmente, ela está presente em 5.261 municípios, com 30.603 equipes de saúde da família implantadas, com uma estimativa

da população coberta de 96.810 indivíduos, o que corresponde a 51% da população brasileira. Há também 19.231 equipes de saúde bucal implantadas no Brasil (BRASIL, 2010a).

Um grande avanço para o impulso da ESF foram as novas formas de financiamento do sistema de saúde. Os recursos passaram a ser provenientes das três esferas de governo, ou seja, de forma tripartite. A NOB-96 (Norma Operacional Básica) (BRASIL, 1996) definiu as novas formas de repasse de recursos e criou o PAB (Piso da Atenção Básica) em seus componentes fixo e variável. Essa norma operacional básica permite que sistemas locais de saúde passem a dispor de recursos desvinculados da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Os sistemas passam a receber recursos globais, segundo aspectos como perfil populacional, indicadores sanitários e epidemiológicos, desigualdades regionais, metas de cobertura, desempenho, etc. Passou-se a exigir que o gestor planeje ações voltadas para a melhoria das condições de saúde, segundo a evolução de indicadores sanitários e epidemiológicos (CAMPOS, 2003). O PAB variável corresponde a um incentivo financeiro calculado de acordo com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, PACS e outras estratégias similares que garantam integralidade da assistência em cada município (BRASIL, 1996). O Ministério da Saúde também contribuiu com a consolidação da ESF através de programas como o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF, criado em 2002, o qual viabiliza recursos para estruturação de equipes/unidades de Saúde da Família em municípios com mais de 100.000 habitantes.

Reforçando essa nova lógica do financiamento em saúde, Escorel et al (2007, p.164) afirmam,

“ Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (*per capita*)”.

A Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo principal constituir-se como eixo estruturante do sistema, com o intuito de reorientar o modelo de atenção à saúde no SUS. Dessa forma, imprimindo uma nova dinâmica de atuação e relacionamento entre os serviços de saúde e a população. O trabalho se dá através de equipes multiprofissionais, onde cada equipe é composta minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de

enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. As equipes podem ser ampliadas passando a contar também com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

As Unidades Básicas de Saúde, reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família, passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram ou trabalham no espaço territorial próximo, ou seja, trabalha com a definição de território de abrangência, que significa a área que está sob sua responsabilidade. Possibilitando, assim, o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

A equipe é responsável por uma área onde reside, no máximo, 1.000 (mil) famílias ou 4.000 (quatro mil) pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, e em cada microárea onde atue um agente de saúde, reside no máximo 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 1997), (BRASIL, 2006).

Com a promulgação da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006), a Atenção Básica passou a ser definida de forma mais ampla, como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Deve ser 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, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

Segundo a PNAB, a Estratégia de Saúde da Família deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL,2006)

Como pode-se observar, a ESF é uma ampla intervenção para modificação do modelo de atenção em saúde médico-assistencialista hegemônico no Brasil. De acordo com as atribuições preconizadas pela PNAB, acima listadas, o conceito de Vigilância da Saúde seria a forma operacional desta proposta.

A modelo de Vigilância da Saúde apóia-se na ação intersetorial, na promoção da saúde atuando a nível dos determinantes do processo saúde-doença, nas articulações entre vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, e no vínculo entre a equipe e a população no território, com a continuidade da atenção (PAIM; TEIXEIRA, 1992) (PAIM, 2008).

No quadro 1, Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) comparam Modelos de Assistência à saúde com a Vigilância da Saúde. Como podemos observar, na perspectiva da Vigilância da Saúde é necessária uma nova organização do trabalho em saúde, com novos sujeitos e apropriação de novas tecnologias para a construção de um conhecimento que não se limite à doença, aos modos de transmissão e aos fatores de risco. Esse conhecimento se faz sobre as necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde, e se constitui como o primeiro passo para a programação de ações mais eficazes, como a formulação de políticas públicas saudáveis de promoção da saúde e o planejamento de ações intersetoriais no território.

Campos (2003, p.582) afirma que “a equipe não tem necessidade de dominar todo o conhecimento sobre as múltiplas ocorrências e agravos que acometem a comunidade, mas sim estar atenta às possíveis relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana de seus integrantes.”

Para compreender essas relações, as quais são determinantes do processo saúde-doença, o trabalho em saúde deve inovar, deve priorizar a construção do conhecimento local a partir de habilidades de comunicação, aceitação de outros pontos de vista, valorização do trabalho em equipe e interação com a comunidade, a qual possui saberes construídos a partir da vivência e enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença. “Um novo processo de trabalho precisa ser construído, atribuindo-se dimensão inédita às relações entre equipe de saúde e a comunidade, ao passo que o objeto de trabalho, que costuma ser a doença, necessita ser ampliado e os sujeitos redefinidos” (OLIVEIRA e CASANOVA, 2009, p.931).

Quadro 1 - Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde

<i>MODELO</i>	<i>SUJEITO</i>	<i>OBJETO</i>	<i>MEIOS DE TRABALHO</i>	<i>FORMAS DE ORGANIZAÇÃO</i>
Modelo Médico Assistencial Privatista	Médico Especialização Complementaridade (paramédicos)	Doença (patologia e outras) Doentes (Clínica/ Cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de Serviços de Saúde Hospital
Modelo Sanitarista	Sanitarista -auxiliares	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da Saúde	Equipe de saúde População, Cidadãos	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde	Tecnologias de comunicação social, de planejamento, programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis/ Ações intersetoriais/ Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação)/ Operações sobre problemas e grupos populacionais

(TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998)

Porém, apesar da ESF (Estratégia de Saúde da Família) ter sido proposta para a reorientação do sistema de saúde, com uma nova lógica do trabalho voltada para a compreensão da situação de saúde, para o desenvolvimento de ações intersetoriais e para a promoção e Vigilância da Saúde, ela ainda segue uma dupla lógica: a de programa e a de estratégia.

Como afirma Ribeiro (2004, p.441),

“Sua implantação segue abrigando tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com *modus operandi* estabelecido/normatizado; de outro lado, reivindica a posição de “estratégia” por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS”

GIL (2006) ao analisar as práticas profissionais no saúde da família no município de Curitiba conclui que a Saúde da Família, realmente, abre novas perspectivas para as práticas profissionais dos médicos e enfermeiros, porém, estas mudanças dependem diretamente de iniciativas institucionais. Portanto, se não houver sensibilidade e comprometimento dos gestores na busca de mecanismos e oportunidades que viabilizem tais mudanças, a Saúde da Família, com certeza, será menos uma estratégia de mudanças e mais um programa convencional como tantos outros que foram já implantados pelo governo federal.

Dessa forma, um grande desafio a ser enfrentado na organização do trabalho é o alto grau de normatividade na implementação da estratégia. Segundo FRANCO e MERHY (1999), os diversos modos de fazer o programa são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde, o que pode levar ao aborto da construção de modelos alternativos diante de realidades locais distintas.

Esse alto grau de normatividade expressa-se através da formulação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SIAB é um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada (BRASIL, 2003). Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados.

São instrumentos de *coleta de dados*:

- cadastramento das famílias - Ficha A;
- acompanhamento de gestantes - Ficha B-GES;
- acompanhamento de hipertensos - Ficha B-HA;
- acompanhamento de diabéticos - Ficha B-DIA;
- acompanhamento de pacientes com tuberculose - Ficha B-TB;
- acompanhamento de pacientes com hanseníase - Ficha B-HAN;
- acompanhamento de crianças - Ficha C (Cartão da Criança);
- registro de atividades, procedimentos e notificações - Ficha D.

São instrumentos de *consolidação dos dados*:

- relatórios de consolidado anual das famílias cadastradas - Relatórios A1, A2, A3 e A4;
- relatórios de situação de saúde e acompanhamento das famílias - Relatório SSA2 e SSA4;
- relatórios de produção e marcadores para avaliação - Relatório PMA2 e PMA4.

Os números 1, 2, 3 e 4 nos relatórios indicam os níveis de agregação correspondentes: microárea (1), área (2), segmento (3) e município (4) (BRASIL, 2003).

Os dados cadastrados através das fichas do SIAB são coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares, somados às informações das atividades e procedimentos realizados por todos os profissionais da equipe, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistêmico. Segundo o Ministério da Saúde, através do SIAB são produzidos relatórios que auxiliarão as próprias equipes, as unidades básicas de saúde às quais estão ligadas e os gestores municipais a acompanharem o trabalho na ESF e avaliarem a sua qualidade (BRASIL, 2003).

O SIAB tem, portanto, três objetivos principais: o cadastramento da população adscrita, o acompanhamento e a avaliação do trabalho das equipes e a vigilância de agravos

considerados prioritários. Também registra dados sobre as condições e saneamento básico das moradias. Porém, outras informações são necessárias para a compreensão do território, da dinâmica da população, das necessidades sociais de saúde e das condições de vida, que não podem ser obtidas a partir deste sistema de informação.

Nesse sentido, Silva e Laprega (2005) afirmam que apesar de ser um Sistema de Informação em Saúde territorializado, o SIAB ainda é verticalizado e central, ou seja, os tipos de dados coletados são padronizados e definidos a nível federal, não se levando em conta a diversidade das realidades territoriais locais, portanto não sendo uma ferramenta adequada para o trabalho proposto às equipes de saúde da família.

Outro ponto importante é a necessidade de sistematização das informações produzidas pela equipe para uma construção e valorização desse conhecimento local. Vem de encontro a essa reflexão a seguinte afirmação de Starfield (2002, p.31) “... o princípio de que a atenção à saúde deve ser relacionada às “necessidades” não é facilmente entendido em países com sistemas de saúde bem estabelecidos, mas sem nenhum sistema de informação para documentar, sistematicamente, as necessidades de saúde...” Nesse sentido Breilh (2000, p.112) destaca que,

“ Si el sistema de información provee únicamente datos de ‘efectos’ y datos prácticos para un análisis cuantitativo de la demanda y de la producción u oferta, entonces está restringiendo a un uso tecnocrático, funcional, y no es una herramienta de conciencia, reflexión y propuesta alternativa.”

Dessa forma, torna-se necessário que a equipe planeje outras formas de registro, fazendo uma sistematização das informações produzidas no território. O processo de trabalho deve incluir a avaliação dessas informações e daquelas produzidas pelo SIAB, e utilizá-las de forma complementar. Realizando, assim, um diagnóstico ampliado sobre a realidade da situação de saúde local, o qual poderá ser a base para o planejamento de ações comprometidas com as necessidades sociais de saúde.

Outro ponto vital para o fortalecimento da ESF é a forma de avaliação do seu processo de trabalho. A ferramenta comumente utilizada na ESF para a avaliação é o SIAB, portanto, avalia-se, principalmente, indicadores de produção de atendimentos e de procedimentos. O SIAB faz uma avaliação quantitativa, não é um instrumento compatível com uma avaliação do processo de trabalho, das ações desenvolvidas, da qualidade dessas ações.

Um grande passo nesse sentido foi a iniciativa AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF) instituída em 2005 pelo Ministério da Saúde. Ela integra um conjunto de ações contempladas no Componente III (Avaliação e Monitoramento) do PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família e foi desenvolvida em cooperação técnica com a Organização Panamericana de Saúde. No documento técnico da AMQ, está descrito que “ *A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família surge com a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade no âmbito da mesma, possibilitando aos atores diretamente envolvidos nos municípios a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para construção desta história por si mesmos...*”(BRASIL,2005, p.9).

Os eixos centrais da proposta da AMQ são o estabelecimento dos parâmetros de qualidade para a estratégia, a avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão e o compromisso com a qualidade na atenção à saúde. Neste sentido foram elaborados cinco instrumentos de auto-avaliação, baseados em padrões de qualidade e dirigidos a atores específicos (gestor municipal da saúde, coordenação da SF, unidade SF, equipe SF, profissionais de nível superior da SF). Esses instrumentos possibilitam a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população. A partir desse conhecimento, os gestores, coordenadores e profissionais poderão elaborar planos de intervenção e propor ações para melhoria da qualidade (BRASIL, 2005).

A AMQ tem como objetivo contribuir para inserção da cultura avaliativa e da perspectiva da melhoria da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da Saúde da Família. Nela estão estabelecidos parâmetros de qualidade para a estratégia Saúde da Família baseados em referenciais múltiplos: princípios para o trabalho na SF, necessidades de saúde dos usuários, conhecimentos técnicos estabelecidos e valores culturalmente aceitos. (BRASIL, 2005). O desenvolvimento da proposta da AMQ no município se dá em cinco etapas:

Etapa I

O gestor e a equipe de coordenação da estratégia Saúde da Família entram em contato com o material do projeto, estudam a proposta, debatem com as coordenações estaduais e também com outros municípios, procuram identificar as vantagens e benefícios relacionados com a implantação, esclarecem suas dúvidas e definem-se pela adesão ao projeto.

Etapa II

O gestor define um coordenador ou equipe de coordenação para conduzir o AMQ no município. Define também quem será o administrador do sistema informatizado. Realiza o cadastramento municipal. O coordenador ou equipe de coordenação AMQ planeja a implantação e capacita facilitadores para apoiarem o processo, podendo contar com o apoio dos técnicos estaduais para esta etapa 2. Esta equipe ampliada sensibiliza e capacita os participantes locais.

Etapa III

Após o cadastramento municipal, o coordenador deverá, em conjunto com o administrador do sistema, organizar a inserção dos participantes no Sistema AMQ (Grupos Avaliativos). Paralelamente, deve viabilizar a capacitação dos participantes e a distribuição dos materiais. Recomenda-se que os participantes tenham um período de 4 a 8 semanas para a capacitação, leitura prévia dos materiais e esclarecimentos, antes de realizar as auto-avaliações. No AMQ, denomina-se Momento Avaliativo o trabalho das equipes com os instrumentos, folhas de respostas e planilhas de intervenção. A partir da resposta aos padrões, é possível conhecer os estágios de qualidade e definir as intervenções a serem feitas. Recomenda-se que os participantes dediquem 4 a 8 semanas para esta etapa, tirando dúvidas com os facilitadores e levantando as informações necessárias.

Etapa IV

Após os participantes terem concluído as auto-avaliações e preenchido as folhas de respostas, estas informações deverão ser digitadas no sistema AMQ. Recomenda-se que os relatórios de digitação sejam conferidos pelos participantes antes do envio definitivo dos dados e fechamento do sistema. Para esta etapa estima-se que dois meses sejam suficientes.

Etapa V

Os participantes deste Momento Avaliativo, com base em suas planilhas de intervenção, realizam as medidas estabelecidas para a melhoria da qualidade almejada. Um novo momento avaliativo para estes participantes poderá ser realizado entre seis a doze meses depois (BRASIL, 2005).

A adesão a proposta da AMQ se dá por iniciativa da gestão municipal, não sendo obrigatório na ESF. Na avaliação da Implantação da AMQ no Brasil, realizada pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, 702 municípios estavam cadastrados na AMQ em 2007 (correspondendo a 12,62 % dos municípios do país), sendo que destes apenas 214 municípios estavam alimentando o sistema e 107 tiveram seus questionários submetidos no sistema (2,26% dos municípios do país) (BRASIL, 2007b).

Portanto, é necessário que o MS se empenhe num maior estímulo de sensibilização à proposta da AMQ para a adesão dos municípios e a continuidade do processo.

Também de grande importância para o fortalecimento do processo de trabalho na ESF é a interação dos sujeitos da própria equipe, onde as relações de poder também se fazem presentes. Alves (2009) ao analisar a percepção do ACS, no município de Petrópolis, sobre seu trabalho na equipe de saúde da família, conclui que os relatos dos ACS entrevistados aproximam-se bastante dos apontamentos encontrados na literatura. Ambos falam da ambigüidade nas relações dos agentes com os outros profissionais de saúde, ora havendo aproximações, em função de determinadas atividades desenvolvidas, ora havendo afastamentos em função da hierarquização dos saberes, por exemplo.

Pedrosa e Telles (2001, p.309), ao analisarem consensos e diferenças em equipes de Saúde da Família na cidade de Teresina, concluem que “o relacionamento interno da equipe revela a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando a descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional”. Vale ressaltar que a citada pesquisa ocorreu em fevereiro de 1999, quando o programa apresentava apenas dois anos e quatro meses de implantação nesta cidade.

Scorel et al (2007), ao examinarem fatores facilitadores e limitantes da implementação do PSF em dez grandes centros urbanos após mais de dez anos da implantação da ESF no Brasil, observam que o estudo revela avanços na incorporação de novas práticas profissionais na APS e na criação de vínculos entre a equipe e as famílias adscritas. A garantia da integralidade da atenção, no sentido de acesso a outros níveis de atenção, permanece como um nó crítico a ser equacionado. Outra importante dificuldade verificada pelas autoras foi a substituição de práticas tradicionais e a adequada articulação entre as atividades clínicas e de Saúde Coletiva. Entre as novas práticas incorporadas destacam-se as atividades de grupo com pacientes em atendimento na Unidade de Saúde da família e as atividades extramuros, sobretudo as visitas domiciliares e as reuniões com a comunidade realizadas tanto por agentes comunitários quanto por profissionais de nível superior, embora em menor proporção. A atuação intersetorial e na comunidade foi atribuição principalmente dos agentes comunitários de saúde. Verificam, também, que a ESF ainda encontra obstáculos na incorporação de profissionais relativos à inserção e ao desenvolvimento de recursos humanos. Portanto, aprimorar o processo de capacitação dos profissionais para suas novas funções é outro desafio a ser enfrentado, garantindo que todos os profissionais realizem treinamentos que superem a fragmentação programática dos conhecimentos, articulando, na capacitação permanente, aspectos técnico-científicos mais gerais com a especificidade dos condicionantes locais e com

estratégias de humanização do atendimento. As autoras concluem que a implementação da ESF em grandes centros urbanos difunde uma nova perspectiva para a APS no Brasil, voltada para a família e a comunidade, que tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Os resultados positivos de algumas das experiências estudadas pelas autoras sugerem que o sucesso da implementação da estratégia para a grande maioria da população brasileira, afora incentivos federais, dependerá de estratégias criativas locais para enfrentar a diversidade de nosso país.

Esses estudos reforçam que é na busca da superação dessa dualidade entre programa e estratégia; no fortalecimento do trabalho em equipe; na valorização de uma construção coletiva com a população de um conhecimento sobre a situação de saúde no território; e na capacitação dos profissionais para a produção desse conhecimento que será possível a aproximação com as necessidades sociais de saúde da população.

Apesar das dificuldades encontradas na integração de todos os níveis de atenção do sistema de saúde, as equipes podem explorar o potencial do trabalho no território de forma criativa, onde os recursos, muitas vezes, podem partir dos próprios grupos sociais e da sua forma de organização no enfrentamento das adversidades.

3.2- TERRITÓRIO E SAÚDE

Um primeiro conceito a ser desenvolvido para uma melhor compreensão da categoria território é o de espaço geográfico. Ele pode referir-se a uma porção específica da terra ou a uma localização lida em diversas escalas, como global, regional, bairro, rua, etc. Segundo Santos (2008), é um conjunto indissociável de fixos e fluxos, descrevendo um processo histórico de construção. Esses fixos, ou seja, objetos, formas naturais e materializadas pelo homem, e os fluxos, ou seja, as funções e ações, movimentos materiais e de idéias, estruturam o espaço geográfico numa extensão contínua. O processo histórico de construção deste espaço dá lugar às "rugosidades", ou seja, expressões do passado em formas e tempos espaciais, que influenciam o presente. O espaço também é visto como uma construção social, sendo constituído pelos homens, meio ecológico, infraestruturas, "firmas", responsáveis pela produção de bens, serviços, idéias e instituições que produzem normas, ordens e legitimações. Tudo isso traduzindo os fixos e fluxos que irão determinar a dinâmica social e as vulnerabilidades em saúde.

A diferenciação entre espaço e território se dá no sentido de que limites e restrições ao acesso reportam-se a noção de território e não de espaço, o qual apesar de uma idéia de organização espacial e certa homogeneidade interna dá a idéia de abertura. (MONKEN et al, 2008). O conceito de território expressa a noção de poder, sendo portanto compreendido como um lugar em constante transformação de acordo com os projetos e interesses de diferentes atores, sendo produtor e produto de relações sociais mais harmoniosas ou conflituosas. O território é parte integrante, estruturada e estruturante, das relações que os indivíduos mantêm entre si e com a natureza, gerando contextos onde se expressam a situação de saúde.

Portanto, uma categoria de análise fundamental para compreendermos os processos de organização social e suas relações com a situação de saúde e condições de vida é o território. Nele se expressa a dinâmica das relações sociais, ele reflete as posições ocupadas pelas pessoas na sociedade, por isso capaz de refletir as desigualdades existentes de acordo com a escala de análise (estadual, regional, municipal, distrital, do cotidiano). Para a construção de um sistema de saúde equitativo, é preciso uma abordagem capaz de reconhecer essas desigualdades que se expressam em necessidades e que são melhor compreendidas na escala local, no território do cotidiano.

A efetiva incorporação da categoria território no campo da saúde é relativamente recente, ocorrendo mais efetivamente após a criação do SUS, portanto muito ainda é preciso para o trabalho em saúde apreender este conceito. Ele ainda é pouco compreendido, sendo utilizado principalmente de forma político-administrativa no campo da saúde. Como afirmam Monken e Barcellos (2005), a territorialização das atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), como a Estratégia de Saúde da Família, a Vigilância em Saúde Ambiental, a proposta dos municípios/cidades saudáveis e a própria descentralização prevista na Constituição Federal. No entanto, essa estratégia muitas vezes reduz o conceito de espaço, utilizado de uma forma meramente administrativa para a gestão física de serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Um grande avanço para uma efetiva incorporação da categoria território no campo da saúde foi a criação da ESF. Como está preconizado pela estratégia (BRASIL, 2006), no processo de trabalho das equipes faz parte a definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo. Segundo

Unglert (1999), o estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população, de seus problemas de saúde e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços e a população adscrita.

O território, como exposto acima, é o resultado de acumulações de situações históricas, ambientais, sociais, sendo o contexto produtor do processo saúde-doença, portanto promove condições particulares para a ocorrência de agravos e doenças. Daí a importância do resgate das propriedades de grupo e dos fatores contextuais que influenciam ou modificam a maneira como as características individuais afetam a saúde (BARCELLOS, 2008).

No território, podemos compreender as “técnicas locais” de defesa da vida e suas relações, por exemplo, com os processos endêmico-epidêmicos (OLIVEIRA e VALLA, 2001), gerados muitas vezes pela precariedade das condições de vida. Podemos citar, por exemplo, o armazenamento de água pela população de forma indevida, em decorrência de seu fornecimento irregular pelo poder público, propiciando a ocorrência de epidemias de dengue.

Portanto, é preciso que a ESF não utilize apenas a definição de área de responsabilidade ou território de abrangência de uma equipe em termos demográficos, a partir da quantificação da população adscrita, pois como afirmam Pereira e Barcellos (2006, p.54) “A exclusiva alusão à quantidade de população para a definição de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de tipificação destes territórios, limita a eficácia das ações.”

É preciso que seja incorporada pela equipe a noção de território-processo, onde o conhecimento de sua dinâmica é fundamental para a compreensão do processo saúde-doença e das necessidades da população. Como afirma Milton Santos, “a categoria analítica é o *território usado pelos homens*, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo também o teatro de ação de todas as empresas, de todas as instituições” (SANTOS, 2000, p.310).

O território constitui-se como uma base organizativa que possibilita uma nova prática em saúde pautada pela construção de um conhecimento das condições de vida da população e suas implicações com a situação de saúde. Para tanto, é preciso que a equipe “habite” esse território no sentido de que “ para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível as suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos” (CECCIM, 2005, p.175).

É nessa perspectiva que a categoria território deve ser compreendida pela equipe na ESF, levando à reorganização do processo de trabalho em saúde a nível local a partir do

conhecimento construído sobre as condições de vida as necessidades sociais de saúde da população.

As informações e o conhecimento em saúde limitados a doenças e agravos normatizados por programas apenas podem atuar sobre estes, sem possibilidades de compreender e transformar o contexto que os produz.

3.3 - NECESSIDADES SOCIAIS DE SAÚDE

Apesar do grande avanço das ciências biomédicas, do aumento progressivo da duração média da vida e do maior acesso aos cuidados médicos, vivemos uma crise de grandes dimensões na saúde pública, onde o modelo hegemônico médico-assistencial não consegue responder às necessidades de saúde da sociedade. O paradigma simplificador, reducionista, advoga o pensamento de controlar e dominar o real, considerando o corte arbitrário na realidade o próprio real, levando a ações restritas e limitadas sobre realidades complexas, como podemos observar no campo da saúde. Para a compreensão e enfrentamento desta realidade muito tem sido desenvolvido e contribuições de vários campos do conhecimento tem sido a base para a construção de um novo “pensamento”, ampliado, que supere as limitações de fundamentos teórico-metodológicos de um paradigma reducionista, no qual as concepções tradicionais da saúde e da doença não incorporam a complexidade dos processos de determinação da saúde dos indivíduos e da situação de saúde dos grupos sociais e suas relações com os demais processos sociais. Nesse sentido, o conceito de necessidades em saúde se amplia e passa a ser percebido como necessidades sociais de saúde

No seu trabalho, apesar da complexidade do processo saúde-doença, a equipe de saúde da família deve procurar compreender as necessidades sociais de saúde das comunidades no seu território de abrangência. Deve organizar o trabalho de modo a contemplar essas necessidades. Para tanto, faz-se necessário reinventar as práticas de modo a não estarem apenas voltadas para as várias ações normatizadas pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), as quais demandam, praticamente, todo o tempo da equipe. Mas também trabalhar todas as informações adquiridas pela equipe sobre o território, construindo um conhecimento sobre essas necessidades e problemas em saúde enfrentados pelos grupos sociais.

Segundo Castellanos (1997), a situação de saúde de populações compõe-se de um conjunto de necessidades e problemas de saúde, das respostas sociais frente a ele e do perfil de fenômenos que o torna aparente, sendo determinada pelo seu processo de reprodução

social, o qual é definido como processo de reprodução biológica, de suas relações ecológicas, de suas formas de consciência e conduta, assim como de reprodução de suas relações econômicas mediadas pelo processo de trabalho. Portanto, o processo de reprodução social origina a situação de saúde dos grupos sociais, sendo que as condições de vida desses grupos se traduzem em diferentes necessidades e problemas de saúde.

Outro conceito fundamental para a compreensão da situação de saúde é de que ela é descrita e explicada a partir do ponto de vista de um ator social e do espaço ou do nível de organização da vida nos quais se expressam os processos saúde-doença (CASTELLANOS, 1990, 1997; SABROZA, 2001).

Portanto, para compreender a situação de saúde, na perspectiva do pensamento complexo, integrador, transdisciplinar, que seja capaz de lidar com o real, devemos definir em qual nível de organização da vida os problemas e fenômenos devem ser descritos e explicados. Os problemas e as necessidades de saúde podem se manifestar e serem explicados no espaço “singular” a nível individual, no espaço particular a nível de grupos populacionais, e no espaço “geral” a nível populacional, e dentro de cada nível podem se expressar em diversas dimensões, como a orgânica, social, cultural.

Nesse sentido, a instituição de ações em saúde dependerá da compreensão dessas necessidades e problemas de acordo com o olhar do observador, que pode ser o gestor nas várias esferas do poder, os profissionais da equipe ou os mais interessados, a população. Essas ações também dependerão do nível de organização da vida considerado para a descrição e explicação desses problemas e necessidades, e da dimensão em que serão analisados. Sabroza (2001) explicita que, por exemplo, a nível individual o processo saúde doença pode expressar-se como “alterações fisio-patológicas” para a dimensão orgânica; como uma “representação” para a dimensão do cidadão (social); e como “sofrimento” para a dimensão singular.

Podemos exemplificar essas afirmações através dos resultados obtidos por Campos e Mishima (2005) ao analisarem o que os moradores atendidos numa UBS tradicional no município de São Paulo reconhecem como necessidades de saúde e também o que os trabalhadores desta mesma UBS tomam por objeto na instauração dos seus processos de trabalho. As autoras concluem que os processos de trabalho na UBS têm prescindido do reconhecimento das necessidades dos moradores, tomando por objeto do trabalho os sintomas e as doenças destes, o que conforma a demanda espontânea. Por outro lado, os moradores reconhecem como necessidades de saúde, a necessidade de presença do Estado, necessidades

de reprodução social e necessidades de participação política, nos levando a refletir sobre a amplitude do “objeto” do trabalho em saúde.

Schraiber (1996) adverte que as concepções de serviços devem evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos, que mascaram a diferença existente entre complexidade científica das patologias e complexidade tecnológica do trabalho em saúde. Para a autora, isso significa valorizar positivamente a atenção primária como uma forma específica de organizar a prática, e como tal, dotada de particular complexidade.

No processo de trabalho das equipes de saúde da família, além do nível individual de organização da vida, deve-se ter uma abordagem voltada para o nível particular, pois a ESF propicia um lugar privilegiado para a compreensão da dinâmica do processo saúde-doença de grupos populacionais e de suas relações de determinação sobre o nível individual. As necessidades podem assim ser percebidas não somente pelo enfoque da clínica e da epidemiologia, mas também a partir do enfoque social expresso na dinâmica territorial, incorporando, dessa forma, um novo olhar no processo de trabalho da equipe.

O conceito de necessidades é trabalhado por autores como Bradshaw (1972, *apud* CASTIEL, 1985, p. 20); Cecílio (2001); Stotz (2004) e Paim (2008).

Bradshaw (1972, *apud* CASTIEL, 1985, p. 20) na sua “taxonomia da necessidade social” identificou quatro tipos de necessidades:

- Normativa: onde um padrão desejável é estabelecido e comparado com o padrão do que existe na realidade - se um indivíduo ou grupo não se inclui no padrão desejável, então são considerados como estando em necessidade.
- Sentida: neste caso, a necessidade corresponde à aspiração ("want"). Está limitada à percepção do indivíduo.
- Expressa (ou Demanda): é a necessidade sentida transformada em ação. É medida através da população que busca serviços.
- Comparativa: este tipo de necessidade é o resultado da comparação com as características daqueles que recebem serviços. Se pessoas com características similares não os recebem, então estão em necessidade.

Analisando a “taxonomia das necessidades sociais” de Bradshaw, percebemos que o conceito desenvolvido por esse autor ainda limita as necessidades a padrões. Mesmo a necessidade definida como “sentida”, quando se torna “expressa” tem a sua satisfação analisada por um padrão. Em consonância a essa análise sobre a “taxonomia das necessidades sociais”, Paim (1980, *apud* PAIM, 2008) refere que as necessidades de saúde não se esgotam na demanda, nas “necessidades sentidas”, nas “necessidades médicas”, nas “necessidades de

serviços de saúde”, ou nas doenças, carências, riscos e sofrimentos. Na verdade, o objeto é bem mais amplo, devendo ser compreendido como necessidades sociais de saúde, não sendo redutíveis a problemas de saúde, mas sim envolvendo as condições necessárias para o pleno gozo da saúde.

Cecílio (2001) aponta que as necessidades de saúde, como um conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde, poderiam ser apreendidas, de forma bastante completa, quando organizadas em quatro grandes conjuntos:

- Ter “boas condições de vida”.
- Necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida.
- Criação de vínculos afetivos e efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional.
- Necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu “modo de levar a vida”.

Quanto ao conceito de necessidades de “boas condições de vida”, estaria relacionado a fatores do meio ambiente envolvidos no processo saúde-doença, aos diferentes lugares ocupados pelos indivíduos no processo produtivo nas sociedades capitalistas, assim como ao acesso a água tratada, a condições de moradia, a hábitos pessoais (CECÍLIO, 2001). Analisando esse conceito, vemos que o meio ambiente é percebido onde se dão as relações sociais, onde a vida se processa, portanto necessidades de ter “boas condições de vida” expressa necessidades sociais em saúde.

Já o conceito de necessidades de acesso a tecnologias de saúde, nos remete ao significado do termo tecnologia, que é amplo e vai muito além da corrente associação com máquinas e instrumentos materiais, estando associado às artes e aos ofícios em geral (HOLLANDA, 1987).

As tecnologias em saúde são classificadas por Merhy (1998) em duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras seriam aquelas dependentes de equipamentos, raio x, instrumentos para realizar exames laboratoriais, instrumentos para examinar os pacientes. As tecnologias leve-duras seriam aquelas onde são mobilizados intensamente os conhecimentos sob a forma de saberes profissionais bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do enfermeiro, a clínica do psicólogo, etc. Um saber fazer bem estruturado, bem protocolado. Já as tecnologias leves seriam aquelas relacionais, produzidas no ato do trabalho vivo em saúde, no encontro entre o profissional e o usuário, gerando falas, escutas, interpretações, acolhimento, vínculo.

No trabalho em saúde é necessária uma composição entre esses três tipos de tecnologias, não sendo mais importante nem mais complexa uma tecnologia dura, apesar da idéia prevalente advinda da racionalidade médica de que a saúde deve basear-se na produção de procedimentos. O valor dado a cada tecnologia de saúde é definido a partir das necessidades atuais de cada indivíduo, sendo que as tecnologias leves, relacionais, são fundamentais para a construção de um conhecimento sobre as necessidades sociais de saúde dos grupos populacionais no território, para a compreensão da dinâmica territorial.

A grande questão é que ao mesmo tempo em que os profissionais têm a possibilidade de uma abordagem frente à situação de saúde no território, podendo compreender melhor as necessidades e problemas locais de saúde da população, a equipe é direcionada a atuar, prioritariamente, de forma normatizada, frente a programas direcionados a doenças, tendo de cumprir metas de produção segundo um modelo assistencialista, baseado somente em tecnologias duras e leves-duras.

Como afirma Feuerwerker (2005), na Atenção Básica as metas são pactuadas nacionalmente, num calendário definido centralmente, que praticamente impede a participação ativa e efetiva das equipes e dos espaços locais. Portanto, apesar de preconizado pela ESF, não é priorizado o diagnóstico local da situação de saúde no território na avaliação do trabalho da equipe. Mas é preciso que a equipe inove e fortaleça o trabalho de construção do conhecimento da dinâmica territorial, a partir da utilização de informações normatizadas ou não pela ESF, as quais a equipe já tem adquirido no seu processo de trabalho. E também a partir da incorporação de tecnologias leves para adquirir maior compreensão sobre esta dinâmica territorial na produção das necessidades sociais de saúde da comunidade.

Quanto à necessidade de criação de vínculos afetivos e efetivos entre usuário/equipe-profissional (CECÍLIO, 2001), expressa uma idéia que vai muito além da preconização da adscrição na ESF ou a vinculação dos indivíduos a programas direcionados a doenças, mas vem de encontro ao estabelecimento de relações sociais de troca, de confiança, de referência no cuidado.

Enfim, a idéia da necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu “modo de levar a vida” vai muito além da idéia de educação e informação e alcança o sentido do viver como “a luta pela satisfação das necessidades” (CECÍLIO, 2001). Analisando esse conceito, vemos a sua importância para o trabalho da equipe na ESF, pois nos leva a uma reflexão de como as atividades de educação em saúde devem ser planejadas e desenvolvidas de forma coletiva e participativa para que possam realmente contribuir para o alcance desta autonomia.

A partir dessas reflexões sobre as necessidades sociais de saúde, reforçamos nossa percepção sobre a importância de uma mudança no processo de trabalho na ESF. A base dessa mudança parte da construção de um conhecimento local, onde os indivíduos tem nome, necessidades, relações sociais, particularidades culturais, modos de levar a vida e enfrentar as adversidades.

Devemos, portanto, tentar superar esta redução da análise em saúde, a qual é explicitada por Stotz (2004) quando afirma que numa sociedade capitalista as necessidades de saúde são percebidas como necessidades individuais e o sistema social de atenção as considera de um posto de vista abstrato, com base em indicadores. Em outros termos, as pessoas são descontextualizadas de suas relações sociais, de suas trajetórias de vida e de sua cultura.

3.4 - A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

A grande instituição legitimadora do conhecimento para a nossa sociedade é a Ciência. Mudanças de paradigmas em saúde envolvem mudanças no campo disciplinar das Ciências da Saúde. Um grande passo nesse sentido foi a introdução das Ciências Humanas na área da saúde, constituindo a Saúde Coletiva, a qual ampliou-se com outras áreas do conhecimento. Entretanto, ainda prevalece a racionalidade do paradigma médico científico.

Porém, frente aos grandes desafios atuais em saúde, frente às demandas crescentes da sociedade e à complexidade dos problemas a serem enfrentados para o bem estar e mesmo para a sobrevivência humana, necessário se faz que a ciência, enquanto instituição social, empreenda uma reflexão ampla, crítica, coletiva e verdadeira sobre si própria, muito além de visões reducionistas e limitadoras. Esse novo olhar sobre a ciência traduz-se em vários questionamentos sobre sua prática, num movimento de produzir uma verdade sobre si própria, como podemos citar:

“Um saber e uma prática bem descolados de preocupações humanísticas são a principal marca do domínio da técnica sobre a ciência que estamos assistindo agora...” (SANTOS, 2003, p.312)

“A certeza de que caminhávamos inexoravelmente para um mundo melhor, onde o avanço científico-tecnológico centralmente planejado nos levaria a resolver os problemas do

desenvolvimento, do atraso e da miséria, deu lugar a uma concepção muito mais realista, mais consciente da complexidade dos problemas, dos limites do planejamento e da própria ciência.” (PELLEGRINI FILHO, 2004, p.348).

“ Há, infelizmente, no universo dos cientistas, um conformismo, uma satisfação tanto maior porque ela lhes mascara a questão cada vez mais terrível: Para onde vai a Ciência?” (MORIN, 2007, p.113)

“De que modo a Ciência contribui para a liberação ou opressão humanas?” (FOUREZ, 1995, p.12)

Tradicionalmente, a *expertise* científica foi considerada o componente fundamental com legitimação para a tomada de decisões sobre os problemas da sociedade, a partir de uma visão racionalizadora da realidade, não levando em conta os saberes populares, o senso comum. Além disso, a ciência apoiada nos seus dogmas ajudou a criar novos problemas que não consegue resolver sozinha. Problemas complexos, cheios de incertezas, com imprevisibilidade de cenários futuros.

Como afirma Bourdieu (1977), os grandes progressos estão ligados às invenções organizacionais. Dentro desta perspectiva, pensando-se na necessidade de uma renovação da Ciência para a produção de um novo conhecimento que responda às grandes e complexas demandas do mundo atual, destacarei dois conceitos convergentes que envolvem uma nova forma de organização para a produção de conhecimento frente a esses graves problemas atuais: a Ciência pós-normal e o modo de Produção de Conhecimento Socialmente Distribuído.

Na perspectiva da Ciência pós-normal, segundo Funtowicz e Ravetz (1997), os graves problemas de saúde da atualidade, que apresentam determinação complexa em várias dimensões e envolvem nível elevado de decisões em jogo e elevado grau de incertezas, assim como os grandes riscos tecnológicos ou de poluição em larga escala, demandam estratégias de resolução que envolvem um foro de debate ampliado.

Os autores chamam este foro de debate ampliado de “comunidade ampliada de pares”, onde o debate entre interesses e visões de mundo concorrentes farão com que haja considerações sobre todos os aspectos de uma inovação, positivos e negativos, construindo um conhecimento conjunto, transdisciplinar, fazendo vir à tona as incertezas, a qualidade, a complexidade dos problemas atuais e os aspectos éticos, tão deixados de lado quando as

decisões ocorrem visando interesses políticos particulares em detrimento do bem estar comum. Porém, como afirmam Funtowicz e Ravetz (1997), até agora o modelo de desenvolvimento é pautado na viabilidade comercial ou segurança do Estado com pequena preocupação com a saúde, com a segurança pública e o meio ambiente. Neste contexto é que a ciência pós-normal, envolvendo a sociedade na tomada de decisões, abre o diálogo sobre o modelo de desenvolvimento e suas graves conseqüências sobre a saúde e o meio ambiente.

Os autores propõem um diagrama para explicar os diferentes tipos de estratégias de resolução de problemas adotadas atualmente, onde relacionam dois atributos: o nível de incerteza dos sistemas (técnicas, metodológicas, epistemológicas/éticas) e as decisões em jogo, que envolvem decisões políticas (custos, benefícios, interesses e compromissos de qualquer natureza dos atores envolvidos em uma questão). De acordo com os níveis desses atributos, que variam de baixo a elevado, as estratégias para resolução de problemas podem se dar a nível da ciência aplicada, consultoria profissional e ciência pós-normal. Quanto mais alto for o nível de incertezas ou de decisões em jogo, menos capacidade a ciência aplicada tem para o enfrentamento de problemas, como, por exemplo, no campo da saúde pública.

A ciência pós-normal vem complementar a ciência aplicada e a consultoria profissional, não contestando suas atuações nos seus contextos legítimos. Porém, o reconhecimento da incerteza, da complexidade e qualidade no âmbito das pesquisas para a formulação das políticas levarão a mudanças na prática da ciência (FUNTOWICZ E RAVETZ , 1997).

Congruente aos princípios da ciência pós-normal encontra-se o conceito de modo de produção do conhecimento socialmente distribuído. Pellegrini Filho (2004) ressalta que o modo produção do conhecimento vem passando por significativas transformações que redefinem a maneira como se estabelecem as agendas de pesquisa, os arranjos institucionais nos quais se desenvolvem as atividades de pesquisa, os critérios de validação do conhecimento e em particular os modos de transferência/disseminação/utilização do conhecimento, com importantes implicações para o tema das relações entre pesquisa e política de saúde. O mesmo autor refere que Gibbons *et al.* identificam o surgimento deste novo modo de produção do conhecimento ao qual denominam “socialmente distribuído” ou “modo 2” (GIBBONS *et al.*, *apud* PELLEGRINI FILHO, 2004). Este novo modo de produção do conhecimento baseia-se, principalmente, na transdisciplinaridade, no intercâmbio permanente entre os atores envolvidos. No quadro 2 encontram-se listadas as principais características que o diferem do modo de produção tradicional do conhecimento.

Quadro 2 - Modos de produção do conhecimento

	Tradicional (Modo I)	Socialmente distribuído (Modo II)
• <i>Locus</i> de produção do conhecimento	• Instituições com paredes, principalmente, universidades e instituições de pesquisa	• Redes de colaboração entre instituições de diversa natureza
• Agenda de investigação	• Agendas definidas por pesquisadores em função do desenvolvimento de suas disciplinas	• Agendas definidas em contextos de aplicação
• Tipo de pesquisa	• Básica (conhecer para entender vs. Aplicada (conhecer para utilizar)	• Solução de problemas
• Enfoque	• Disciplinar	• Transdisciplinar
• Relação entre produtores e usuários do conhecimento	Transferência unidirecional <i>a posteriori</i> de conhecimentos e tecnologias	• Intercâmbio permanente de conhecimentos e tecnologias
• Critérios de avaliação	• Mérito científico	• Mérito científico e relevância social
• Meios de disseminação de resultados	• Revista científica	• Múltiplos meios
• Financiamento	• Recursos públicos	• Diversidade de fontes públicas e privadas
• Gestão da atividade científica	• Planejamento centralizado	• Criação de espaços de interação

(Gibbons *et al.*, 1994)

Pode-se observar, a partir deste quadro, que à medida que esta nova forma de produção de conhecimento vai sendo incorporada, a capacidade científica potencializa-se junto a novos pares e pode ser muito mais eficaz para compreender e buscar soluções conjuntas para os graves problemas de saúde, sociais, econômicos e ambientais da nossa sociedade.

Poderíamos fazer uma analogia desse modo de produção de conhecimento socialmente distribuído ao modelo da Vigilância da Saúde. Os territórios de atuação das equipes de saúde da família corresponderiam ao que Gibbons *et al.* (quadro 1) denominam de “contextos de aplicação” e “espaços de interação”, onde também existe um potencial singular para um intercâmbio permanente de conhecimentos e tecnologias entre os diversos atores, formando uma “comunidade ampliada de pares”.

De encontro a esses conceitos sobre novas formas de organização da produção do conhecimento, pensamos na proposta da “construção compartilhada do conhecimento”, compreendida, segundo Oliveira e Valla (2001, p.77), como “uma produção onde se inter cruzam o saber científico acumulado e o saber popular produzido a partir de condições e experiências de vida da população”. Essa proposta teria como um campo fértil os territórios de interação entre as equipes de saúde da família e a população. O trabalho em saúde no território possibilita uma convivência ampla e recorrente entre os profissionais de saúde e a

população. Daí a necessidade da instituição de práticas que possibilitem esta maior interação para a construção de um conhecimento local sobre a situação de vida e saúde da população. Isso aponta para a reflexão de Oliveira (2001, p.175), a partir do pensamento de Vaz e Maturana, “a melhoria das condições de convivência possibilita o compartilhamento de distintos conhecimentos que podem potencializar a ação coletiva e individual. Reconhecemos a necessidade de conviver/compartilhar para conhecer.”

Porém, a construção do conhecimento em saúde, tradicionalmente, se dá a partir de dados quantificáveis analisados de forma racional, gerando informações que levam a intervenções sobre doenças já instaladas e a ações preventivas focais direcionadas a riscos (tanto a agravos quanto a hábitos e comportamentos). Portanto, observamos que as práticas em saúde estão relacionadas ao tipo de informação produzida. Nesse sentido, Breilh (2000, p.111) destaca,

“ La información es um instrumento poderoso para el conocimiento y la acción, pero la forma em que se construye la información es decisiva para definir las imágenes de la realidad, las construcciones simbólicas de la misma y consecuentemente, el tipo de uso que se puede dar a los datos.”

Uma nova construção do conhecimento, de forma compartilhada entre os profissionais de saúde e a comunidade, utilizando dados contextualizados no território, pode gerar informações que levem a uma maior compreensão da determinação do processo saúde-doença e suas relações com as necessidades sociais de saúde e as condições de vida da população, portanto pode ser a base para ações intersetoriais de promoção de saúde. Nesse processo informacional, os dados passam a constituir uma informação comprometida com a premente necessidade de uma nova prática em saúde quando adquirem significado dentro do contexto de vida dos indivíduos.

Construir um conhecimento sobre a situação de saúde no território parte da compreensão de que não existe uma realidade única, objetiva, a partir da qual podemos obter as informações necessárias para o trabalho em saúde. Há, ao contrário, várias percepções da realidade, construídas por cada um de acordo com suas experiências de vida. Nesse sentido Maturana (2005, p.58) afirma que “... existem muitos domínios de realidades diferentes, mas igualmente legítimos, ainda que não igualmente desejáveis, cada um constituído como um domínio de coerências operacionais na experiência do observador.”

A partir dessas afirmações pode-se compreender como é fundamental para uma prática em saúde voltada para a melhoria da qualidade de vida, que o conhecimento gerado por essas

percepções e experiências da população seja incorporado pela equipe no seu processo de trabalho. Para que isso seja possível, é preciso fortalecer um processo relacional/comunicacional entre os profissionais da equipe e entre a equipe e a população. A linguagem é o dispositivo que possibilita esse “encontro”, que possibilita a comunicação, enquanto produtora de explicações, significados, sentidos.

Oliveira (2000), a partir do pensamento de Vaz e Maturana, analisa a função da linguagem na construção do conhecimento. Nesse sentido, a autora afirma que numa visão tradicional a linguagem nos permite participar do mundo através da transmissão e recepção (consumo) de informações sobre a “verdade”, enquanto que uma visão crítica a esta considera que a linguagem faz parte do processo de construção do conhecimento, na medida que é integrante da explicação da “realidade” de cada sujeito.

Segundo Maturana (2005), a linguagem se constitui quando se incorpora ao viver, como modo de viver, um fluir de coordenações de condutas consensuais, que surgem na convivência como resultado dela. O mesmo autor enfatiza que “Sem uma história de interações suficientemente recorrentes, envolventes e amplas, em que haja aceitação mútua num espaço aberto às coordenações de ações, não podemos esperar que surja a linguagem” (MATURANA, 2005, p.24).

Portanto, a partir dessas reflexões, reforçamos nosso pensamento de que para possibilitar a construção de um conhecimento sobre as condições de vida e situação de saúde no território é preciso que haja um canal permanentemente aberto para o diálogo entre a equipe e a população. A partir dessa interação, a equipe deve procurar compreender como a população se organiza, seus conflitos, suas solidariedades, as quais são recursos para o trabalho em saúde. Isso se dará através da instituição de práticas que levem a essa interação de forma a possibilitar a expressão da linguagem. O modelo da Vigilância da Saúde vem de encontro à instituição dessas práticas como afirma Teixeira, Paim e Vilasbôas, (1998, p.23),

“ Planejar e programar o desenvolvimento da Vigilância da Saúde em um território específico exige um conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho das pessoas que aí residem, bem como das formas de organização dos diversos órgãos governamentais e não governamentais... Exige também uma disponibilidade e um interesse muito grande em se envolver em uma ação comunicativa, isto é, em participar de um diálogo permanente...”

O desenvolvimento de uma ação comunicativa como base para a produção de informações e conhecimento em saúde, observado na proposta da Vigilância da Saúde, vem

ao encontro da proposta do “agir comunicativo” de Habermas, onde a linguagem teria a função da integração social ou da coordenação dos planos de diferentes atores na interação social (HABERMAS,1989). O autor destaca que “compreender o que é dito” exige a *participação*, e não a mera *observação* (HABERMAS,1989, p.44). Habermas faz uma crítica à racionalidade moderna, onde historicamente a finalidade do conhecimento é a intervenção e a normatização voltadas para a dominação e não para a emancipação humana. O “agir comunicativo” baseia-se no diálogo permanente, levando a processos amplos de argumentação de onde serão construídas as validades dos discursos e das ações.

Deslandes e Mitre (2009, p.643) ao analisarem a proposta de Habermas concluem que

“A razão comunicativa não se constrói apenas logicamente, mas, antes de tudo, na processualidade do debate. Envolve decisões existenciais, um agir no mundo e uma ética de solidariedade contra o sofrimento e a opressão. Situa-se como um modelo político em que a práxis e a palavra estão em profunda sinergia”.

Nesse sentido, as informações geradas no processo de trabalho das equipes de saúde da família a partir de uma prática de interação/comunicação permanente da equipe com a população no território, contribuirão para a produção de um conhecimento local capaz de levar a ações em saúde comprometidas com as necessidades sociais de saúde da população. Uma prática voltada para a ação transformadora da realidade e de todos os sujeitos envolvidos, na busca do bem estar e da qualidade de vida. Superando, assim, a limitação de um processo de trabalho dividido por atuação profissional, baseado em tecnologias duras e leve-duras. O qual produz, prioritariamente, dados que geram informações e ações focais sobre agravos e doenças.

Vem ao encontro dessas colocações sobre a produção de informações em saúde, a seguinte reflexão de Breilh (2000, p.109),

“... el debate sobre la información em salud, como el de cualquier otro problema del conocimiento para la acción, solo adquiere sus más profundas dimensiones cuando lo asociamos a los desafíos de actividad colectiva, creadora y crítica.”

Essa perspectiva coletiva, criadora e crítica deve guiar tanto a construção de macropolíticas em saúde, como orientar a micropolítica do trabalho das equipes de saúde da família nos territórios do cotidiano.

4 - PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 - DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo está voltado para a compreensão do processo de construção do conhecimento pela a equipe de saúde da família. Teve como foco as práticas locais relacionadas à produção de informações e conhecimento sobre a situação de saúde, as condições de vida e as necessidades sociais de saúde no território. A partir da caracterização do contexto onde se insere a ESF, procurou-se compreender como esse conhecimento é produzido no processo de trabalho da equipe.

Para o alcance de seus objetivos, este estudo demandou como metodologia uma abordagem predominantemente qualitativa. Esta opção teve como base a presente definição de Minayo (2000), a qual explicita que as “metodologias qualitativas” têm importância na construção do conhecimento sobre Saúde, seja enquanto concepção, seja enquanto política ou práticas social e/ou institucional, afirmando ainda que como em qualquer processo social o objeto “Saúde” oferece um nível possível de ser quantificado, mas o ultrapassa quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis.

A pesquisa foi realizada aos moldes de um Estudo de Caso, pois o mesmo mostrou-se apropriado a uma compreensão abrangente sobre o objeto de estudo desta pesquisa – o conhecimento construído no processo de trabalho da equipe sobre a situação de saúde no território. O Estudo de Caso corresponde a uma estratégia de investigação utilizada para mapear, descrever e analisar o contexto e as relações e percepções a respeito de uma situação em questão (MINAYO, 2000). De encontro a esta observação, Yin (2005, p.32) afirma que,

“o estudo de caso corresponde a uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos ...você usaria o método de estudo de caso quando deliberadamente quisesse lidar com questões contextuais – acreditando que elas poderiam ser altamente pertinentes ao fenômeno em estudo.”

Segundo Costa e Costa (2009), este método corresponde a um estudo limitado a uma ou poucas unidades onde se pretende realizar uma pesquisa detalhada e profunda. Essa

abordagem é importante para a compreensão e interpretação de um fenômeno social, sendo demonstrativa de universalidade de uma situação específica.

Pelo exposto acima, decidiu-se pela escolha de uma única unidade de análise, ou seja, uma única unidade de saúde da família. A partir da mesma, procurou-se compreender a construção do conhecimento sobre a situação de saúde nos territórios de atuação das equipes de saúde da família, enfocando a análise nas concepções e práticas dos profissionais de saúde relacionadas ao objeto do estudo. Um fundamento lógico para a escolha de um caso único é o caso *representativo* ou *típico*, onde o objetivo é capturar as circunstâncias e condições de uma situação lugar-comum (YIN, 2005).

A pesquisa foi realizada em três fases. A primeira constituiu-se de uma revisão de literatura sobre os referenciais teóricos que guiam este trabalho. A segunda compreendeu o trabalho de campo propriamente dito, sendo realizada em duas etapas: primeiramente, foi realizada a análise documental sobre a ESF em Petrópolis e entrevistas semi-estruturadas com os supervisores e o diretor do Departamento de Atenção Básica do município; posteriormente, na Unidade de Saúde da família selecionada, procedeu-se à análise de documentos produzidos no processo de trabalho, à observação participante deste processo e à realização de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da equipe. A terceira fase constituiu-se da descrição e análise dos resultados encontrados.

4.2 - ÁREA DE ESTUDO

O cenário da pesquisa foi o Município de Petrópolis. Essa escolha foi devido à facilidade de acesso da pesquisadora, pois a mesma atua desde 1996 na sua rede pública de saúde, já tendo atuado como médica numa equipe de Saúde da Família. Atualmente, atua no contexto da ESF como preceptora junto a alunos do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Petrópolis em uma Unidade de Saúde da Família e como clínica geral em uma Unidade de Atenção Básica. Também contou para essa escolha o fato da ESF estar implantada há doze anos no município, o que já propicia uma experiência acumulada na prática dos profissionais inseridos. A população da pesquisa foi composta por profissionais de saúde que atuam em uma equipe de Saúde da Família, além de profissionais que atuam na coordenação da ESF.

Características do Município de Petrópolis

Petrópolis foi a primeira cidade planejada do Brasil. O major Julio Frederico Koeller, que a convite de D. Pedro I estabeleceu o traçado inicial da cidade, procurou fazê-lo a partir de um modelo de cidade européia, propondo inclusive , “uma divisão de território segundo as classes sociais” (SECRETARIA DE APOIO COMUNITÁRIO, *O Outro lado de Petrópolis*, 1986, p.11). Dessa forma, Petrópolis iniciou sua história já mantendo uma ocupação diversificada do espaço: uma área central, ocupada por palácios e residências de luxo, áreas de lazer, comércio; e bairros periféricos ocupados pelas classes que serviam aos príncipes e, posteriormente, pela colonização alemã. Petrópolis sofreu um intenso processo de industrialização no final do século XIX e início do século XX, sobretudo no ramo têxtil, com construção de vilas operárias. Houve também imigração de trabalhadores rurais de áreas vizinhas do Estado do RJ e MG, com estabelecimento e expansão de produção de hortifrutigranjeiros nos distritos mais afastados (DAVID,1995).

O município de Petrópolis está localizado na região serrana do Estado do Rio de Janeiro, a uma altitude de 809,5 m, com uma área de 797,1 Km², distribuída em 5 distritos:

(Mapa 1)

1º distrito – Petrópolis

2º distrito – Cascatinha

3º distrito – Itaipava

4º distrito – Pedro do Rio

5º distrito – Posse

Sua extensão territorial corresponde a 1,8% da área do Estado do Rio de Janeiro e a 11,5% da Região Serrana. . Limita-se ao Norte com São José do Vale do Rio Preto, a Leste com Teresópolis e Magé, ao Sul com Duque de Caxias e Miguel Pereira e a Oeste com Paty de Alferes, Paraíba do Sul e Areal. Está cercado por Mata Atlântica, o que lhe confere um clima moderado, com temperatura média de 22°C. O relevo de Petrópolis seguiu a conformação do Vale da Serra da Estrela, seu entorno é marcado por um relevo rico onde se destacam encostas abruptas e montanhas de largas pedreiras. Além disso, Petrópolis abriga em conjunto com os Municípios de Magé, Guapimirim e Teresópolis o Parque Nacional da Serra dos Órgãos (PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS, 2004).

MAPA 1 - Estado do Rio de Janeiro – Regiões e Municípios – com destaque ao Município de Petrópolis



Fonte: Adaptado- Cide/2004

Corresponde ao município mais populoso da região serrana da qual também fazem parte os municípios Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto, Sumidouro, São José do Vale do Rio Preto, Teresópolis e Trajano de Moraes (PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS, 2004). O município corresponde à microrregião serrana 1 (Mapa 2).

MAPA 2 – Mapa da Região Serrana Estado do RJ (divisão por microrregiões).



Fonte: CGDG / SUPLAR / SESEDEC-RJ

Localizado a uma distância de aproximadamente 65 Km da cidade do Rio de Janeiro e cortado pela estrada BR 040, que liga o Rio de Janeiro ao Brasília, Petrópolis conta também com o entroncamento da BR 393 em Três Rios, que possibilita o acesso a São Paulo e ao Nordeste do Brasil. Num raio de 500 Km encontram-se 65% PIB e 70% da movimentação de cargas do país. Sua proximidade com a região metropolitana do Rio de Janeiro e sua malha viária, que permite acesso a vários municípios vizinhos e a várias regiões do país, tem impacto imediato na sua dinâmica populacional e econômica (PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS, 2004).

O município desempenha um papel importante na região como pólo econômico, principalmente pelo setor industrial e agropecuário, com destaque para os gêneros têxteis, vestuário, moveleiro e serviços de manutenção e reparo, além do turismo. Nos anos 40 destacava-se no cenário têxtil e também no turismo e no final dos anos 90, com a inauguração do Laboratório Nacional de Computação Científica (LNCC), inicia a vocação de pólo tecnológico, sendo as principais atividades desenvolvidas nas áreas de informática, mecânica de precisão, eletroeletrônica, química fina, entre outros, segundo pesquisa publicada pela

FIRJAN e pela Fundação Getúlio Vargas (PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS, 2004).

Devido a sua arquitetura histórica, natureza presente, comércio diversificado, entretenimento e lazer, o turismo em Petrópolis tem se expandido. Anualmente, 500 mil pessoas visitam a cidade, implicando no aumento de empregos e receita (PETRÓPOLIS-TECNÓPOLIS, 2009).

A cidade também proporciona opções de ensino universitário e pós-graduação em instituições como a Universidade Católica de Petrópolis, Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP), Universidade Estácio de Sá e Faculdade Artur Sá Earp. O Laboratório Nacional de Computação Científica (LNCC) oferece cursos de pós-graduação em modelagem, análise e simulação computacional. Em 2008 foi implantada em Petrópolis uma unidade do CEFET, oferecendo diversos cursos, esperando-se, em 2010, alcançar 1.500 alunos e 40 docentes (PETRÓPOLIS-TECNÓPOLIS, 2009).

Apesar de ser um município com razoável índice de desenvolvimento industrial e de serviços, seu crescimento não foi acompanhado pelo suficiente atendimento às necessidades básicas de uma parcela expressiva da população. Esse crescimento foi ocorrendo desordenado, sem um planejamento urbano, com uma demanda crescente por habitações, sérias ameaças de degradação do meio ambiente e a expansão de favelas com ocupação das encostas.

4.3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

I) PRIMEIRA FASE

Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre os seguintes temas: estratégia de saúde da família, necessidades em saúde, território e construção do conhecimento em saúde, com foco na vigilância da saúde. Observou-se escassez de trabalhos na literatura que se aprofundassem na inter-relação do tema território e saúde. A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de obras de autores de referência sobre os temas abordados, documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a ESF e acesso à biblioteca virtual (Bireme e Lilacs).

II) SEGUNDA FASE

Esta fase correspondeu ao trabalho de campo. Segundo Malinowski (Víctora et al., 2000), o pesquisador deve dar conta de três áreas da realidade que constituem a *totalidade da vida tribal*, que são: o *arcabouço da constituição da sociedade* - que consiste na constituição social de um grupo, suas leis e regularidades, as diferentes instituições, tudo o que compõe sua organização social; o *espírito do nativo* - que são os pontos de vista e opiniões expressas, o que é verbalizado, os ideais, os motivos e os sentimentos que impulsionam o indivíduo à ação; e *os imponderáveis da vida real* - que são fenômenos que não se encontram registrados nem podem ser investigados através de perguntas ou documentos, são simplesmente procedimentos cotidianos, como rotinas de trabalho. Essas três áreas da realidade necessitarão de diferentes fontes de dados para a sua compreensão, como documentos escritos, depoimentos e dados observacionais, os quais são complementares e podem ser utilizados numa triangulação⁴ de informações. De acordo com Víctora et al (2000), uma abordagem qualitativa aos problemas de saúde identifica-se de várias formas com esse método.

A partir dessas reflexões, no sentido de se alcançar uma apreensão mais ampla da realidade e uma maior aproximação com o objeto de estudo, esta pesquisa, na busca de alcançar seus objetivos, demandou uma triangulação de dados a partir das seguintes técnicas de coleta: análise documental, entrevistas semi-estruturadas e a observação participante.

Outra questão de grande relevância, a qual é um grande desafio para o empreendimento de uma pesquisa, é como será a forma de acesso ao grupo pesquisado. Nesse sentido, Víctora et al. (2000) afirmam que da forma de entrada em campo dependem muitas das variáveis com que o pesquisador se depara na sua pesquisa. Portanto, este momento deve ser planejado cuidadosamente pelo pesquisador. No presente estudo, como estratégia de entrada no campo, inicialmente foi apresentada a proposta de pesquisa à Coordenação da ESF, sendo realizada com a presença do orientador de mestrado. Não foi necessária a apresentação da pesquisadora por outrem, já que a mesma trabalha na rede de saúde do município. Quanto à posterior apresentação da proposta de pesquisa à equipe de Saúde da Família, houve a

⁴ Triangulação é um termo usado nas abordagens qualitativas para indicar o uso concomitante de várias técnicas de abordagem, não se restringindo a apenas uma fonte de dados, assim como também se refere ao uso de várias modalidades de análise, de vários informantes ou pontos de vista de observação, visando à verificação e validação da pesquisa (MINAYO, 2000).

interlocução do supervisor responsável. A proposta foi bem acolhida tanto pela Coordenação da ESF quanto pela equipe de saúde da família selecionada.

Procurou-se realizar a apresentação da pesquisa de forma mais clara possível e de modo participativo, acolhendo e estimulando as observações dos participantes, assim, já desde o início, enfatizando o processo conjunto que pretendeu-se empreender com todos os atores envolvidos.

Nesse sentido, a presente investigação foi guiada pelos pressupostos da Construção Compartilhada do Conhecimento, um referencial teórico deste estudo. Essa conduta enriqueceu a pesquisa com agregação de novos olhares os quais ampliaram a compreensão sobre os dados obtidos, auxiliando os percursos do estudo. Também levou a uma maior interação entre a pesquisadora e os demais atores, no sentido de que a pesquisa não fosse sentida de forma julgadora e externa, mas sim como um processo conjunto o qual poderá contribuir para uma reflexão sobre as práticas e concepções desses atores relacionadas à produção de informações e conhecimento em saúde.

O trabalho de campo foi conduzido em duas etapas distintas e complementares, de acordo com os objetivos deste estudo. Vale ressaltar que houve um atraso no cronograma da pesquisa devido a uma greve dos profissionais de saúde iniciada em junho de 2010. A 1ª etapa do trabalho de campo transcorreu de julho a agosto e a 2ª etapa de setembro a novembro de 2010, sem novas intercorrências, pois houve um acordo salarial entre os profissionais e a Prefeitura de Petrópolis.

1ª ETAPA:

Foi realizada uma caracterização do município, do contexto sócio-econômico e político-organizacional da implementação da Estratégia de Saúde da Família e a seleção e caracterização da Unidade de Saúde da Família para estudo.

1) Inicialmente, descreveu-se as características históricas e territoriais e as principais atividades econômicas do município a partir de uma análise documental. Foram consultados sites oficiais (Prefeitura Municipal de Petrópolis, Petrópolis-Tecnópolis) e o Livro - O Outro Lado de Petrópolis (Arquivo da Biblioteca do Museu Imperial, 1986).

2) Para a caracterização do contexto sócio-econômico foi traçado um perfil do município a partir de indicadores demográficos, epidemiológicos e econômicos, sendo consultadas as seguintes fontes oficiais:

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Departamento de Informática do SUS (DATASUS); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro – Fundação CIDE; Petrópolis-Tecnópolis; Coordenação de Epidemiologia de Petrópolis, Secretaria de Saúde de Petrópolis; Prefeitura de Petrópolis.

3) Para a caracterização do contexto político-organizacional foi realizada uma descrição do Sistema de Saúde Municipal nos seus vários níveis de atenção e do processo de implantação e de implementação⁵ da ESF em Petrópolis. Foi realizada uma análise documental e entrevistas com os profissionais da equipe de coordenação da ESF.

a) Foram consultados os seguintes documentos:

- Consolidados do SIAB para obter informações sobre: nº de equipes implantadas; cobertura da população; perfil demográfico, sanitário e características dos domicílios da população coberta pela ESF.

- Plano Municipal de Saúde, Organograma da Secretaria de Saúde, Diário Oficial do Município e materiais produzidos pela supervisão da ESF como os documentos “Supervisão com visão”, “Processo de trabalho - DAB (Departamento de Atenção Básica)” e “Relatório DAB (Departamento de Atenção Básica) de 2009”, a fim de caracterizar as normatizações e atribuições do processo de trabalho na ESF no município.

- Calendário da Educação Permanente 2010 e o relatório sobre os temas abordados na Educação Permanente em 2009.

- Dissertação de Mestrado : PAPOULA, S. R. *O Processo de trabalho intersectorial das equipes de saúde da família no Município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. 2006. Este trabalho foi de grande contribuição para a caracterização do histórico de implantação da ESF em Petrópolis

⁵ Implementar *v.t.d.* executar (plano, projeto, programa, etc.). implementação *s.f.* (Sacconi, 1996). Conceitualmente, implementação é a “tarefa de levar adiante uma decisão de política tomada por uma autoridade pública” (Mazmanian & Sabatier, 1989)

b) Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais do Departamento de Atenção Básica (diretor e supervisores da ESF) a partir de um roteiro (ANEXO I), visando caracterizar a estrutura e a organização da implementação da ESF no município. A realização das mesmas além de complementar as informações oficiais levou a uma maior compreensão do processo de implementação da ESF a partir do acesso a informações não oficiais. Segundo Minayo (2000), a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação. O que a torna um instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um portavoiz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. A opção por essa técnica de coleta justifica-se por proporcionar ao entrevistado a oportunidade de falar livremente sobre suas experiências e, ao mesmo tempo, não perder o foco no assunto de interesse. Facilita, também, a sistematização dos dados colhidos (TOBAR; YALOUR, 2003).

As entrevistas semi-estruturadas são operacionalizadas a partir de um roteiro. O mesmo é um instrumento para orientar a conversa, tendo a finalidade de fazer emergir a visão dos atores sociais sobre os fatos e as relações que compõem o objeto. Ele é um guia com o objetivo de aprofundar a comunicação sobre o objeto de pesquisa. De encontro a essas observações, Oliveira & Oliveira (1986) afirmam que uma entrevista, mesmo que livre, deve ter um fio condutor, uma estrutura de base. Partindo desta premissa, o roteiro para as entrevistas nesta etapa, além de dados sobre o perfil do entrevistado, foi composto por questões norteadoras pertinentes aos objetivos desta pesquisa. Essas questões foram direcionadas aos seguintes temas, buscando identificar opiniões e experiências significativas para caracterização da implantação e implementação da ESF no município:

→ Histórico de Implantação da ESF em Petrópolis

→ Perfil de Implementação da ESF no município

- Processo de trabalho da Supervisão da ESF
- Critérios de escolha dos profissionais para o trabalho na ESF
- Atribuições e Avaliação do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família
- Processo de Educação Permanente

Foram realizadas oito entrevistas, cujos informantes foram escolhidos intencionalmente devido as suas posições privilegiadas para o alcance dos objetivos propostos, onde os sujeitos da pesquisa foram os sete supervisores técnico-gerenciais e a diretora do Departamento de Atenção Básica. As entrevistas não ocorreram a partir de uma ordem pré-determinada, sendo realizadas conforme a disponibilidade de tempo dos profissionais. Tiveram a duração suficiente para que cada entrevistado expusesse suas opiniões e compreensão sobre os temas abordados, o que demandou em média uma hora.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, após consentimento formal dos entrevistados pela assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Na descrição dos resultados, ao citar as falas das entrevistas desta 1ª etapa, utilizou-se a letra C seguida dos números de 1 a 8 como código de identificação de cada entrevistado.

4) Seleção da Unidade de Saúde da Família

Os critérios para a seleção da equipe versaram sobre: tempo de atuação dos profissionais dentro da equipe, sendo considerado que pelo menos dois anos seria um tempo suficiente para o conhecimento sobre a ESF e sobre seu território de atuação; que a equipe estivesse completa ; que os profissionais tivessem realizado o treinamento introdutório⁶; e que o trabalho da equipe apresentasse uma boa avaliação junto à supervisão quanto à interação com a população e ao conhecimento sobre seu território. Pensou-se ainda que seria importante que os profissionais atuassem há um tempo semelhante na equipe, pois assim o tempo não seria um diferencial para o conhecimento sobre a situação de saúde no território, e que as equipes que já atuassem há mais tempo poderiam fornecer informações mais aprofundadas sobre o objeto deste estudo.

Foi realizada a apresentação do projeto à equipe de supervisão e à diretora da Atenção Básica no horário da reunião dos profissionais, o que favoreceu contar com a presença de todos. Além da pesquisadora, estava presente o orientador da pesquisa. Após a apresentação, houve uma discussão sobre o projeto e a partir dos critérios de seleção, de forma conjunta

⁶ Segundo o Caderno nº2 da Atenção Básica, o treinamento introdutório em Saúde da Família visa discutir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do PSF, e instrumentalizar as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho. Capacita os profissionais para que possam analisar, junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência no que se refere aos aspectos demográficos, sócio econômicos, ambientais e sanitários (morbi-mortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e as potencialidades. Contribui também para que os profissionais compreendam e apreendam os indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), estabelecendo mecanismos de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas que ofereçam suporte ao processo decisório da Unidade de Saúde da Família (BRASIL, 2000)

entre os presentes, foi selecionada a Equipe de Saúde da Família do Caxambu por ser a que melhor enquadrava-se no perfil proposto.

2ª ETAPA

Foi realizada uma caracterização da Unidade de Saúde da Família do Caxambu, a partir do seu histórico, do perfil da população atendida e do perfil da equipe; e uma descrição e análise do processo de trabalho da equipe enfocando o processo de produção de conhecimento sobre a situação de saúde local.

a) Foram consultados vários documentos oficiais e não oficiais de registro do trabalho da equipe: fichas e consolidados do SIAB, agendas de trabalho dos profissionais, cadernos de registro dos agentes de saúde, mapas da área adscrita, documentos de registro não oficiais que a equipe utiliza, como: relatórios sobre as microáreas, livro ata das reuniões de equipe, relatos escritos de visitas domiciliares das ACS, relatórios dos alunos de Medicina sobre as microáreas onde atuaram nos três meses de internato, pesquisa realizada pela equipe em parceria com a Faculdade. A análise documental buscou uma aproximação com os temas norteadores das entrevistas.

b) Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da equipe a partir de um roteiro, o qual foi composto por questões norteadoras pertinentes aos objetivos desta pesquisa (ANEXO II). Buscando, a partir das falas, uma aproximação com o objeto desta pesquisa “a construção local do conhecimento em saúde”, essas questões foram direcionadas aos seguintes temas, seguindo os objetivos desse estudo:

→ Processo de trabalho da equipe de saúde da família enfocando as práticas voltadas para a produção de informações e conhecimento sobre a situação de saúde no território.

→ Limites e potencialidades das informações produzidas a partir do SIAB para a construção do conhecimento sobre a situação de saúde no território.

→ Outros instrumentos de produção e sistematização de informações utilizados pela equipe.

→ Fatores facilitadores e restritivos para a instituição destas práticas no processo de trabalho da equipe frente ao contexto político organizacional e sócio econômico da implementação da Estratégia de Saúde da Família no município.

As entrevistas ocorreram sem uma ordem intencional, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Foi um processo demorado, principalmente devido à agenda dos profissionais e às férias de duas ACS. Apesar disso, foi possível entrevistar todos os profissionais, que demonstraram receptividade e interesse. A duração das entrevistas levou o tempo que cada entrevistado julgou necessário, em média demandaram uma hora.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas após consentimento formal dos entrevistados pela assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Na descrição dos resultados, ao citar as falas das entrevistas desta 2ª etapa, utilizou-se a letra E seguida dos números de 1 a 12, como código de identificação de cada entrevistado.

c) Foi realizada a observação participante do cotidiano do processo de trabalho da equipe a partir de um roteiro de observação (ANEXO III). Dessa forma, pode-se complementar e enriquecer os resultados da análise documental e das entrevistas e aprofundar a compreensão sobre o objeto de estudo. A observação pode ser considerada parte essencial no trabalho de campo, tendo seu foco no comportamento e nas relações, complementando e ampliando os dados obtidos nas entrevistas. Segundo VÍCTORA et al. (2000), observar, na pesquisa qualitativa, significa “examinar” com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas ou um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo. Porém, um fato sempre a ser destacado nesta técnica é o efeito da presença do observador na própria observação. Como afirma Schwartz e Schwartz (apud MINAYO, 2000, p.135), “o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este”. Portanto, torna-se necessário avaliar os efeitos da presença do pesquisador na própria observação. Essa problemática pode ser minimizada pela relação desenvolvida entre o pesquisador com os sujeitos da pesquisa e pela forma de entrada do mesmo no campo.

A observação do processo de trabalho da equipe foi realizada conjuntamente com as entrevistas e a análise documental, caracterizando um processo continuado. Os dados obtidos a partir da observação foram registrados pela pesquisadora em um *diário de campo*.

III) TERCEIRA FASE

Nesta fase, foi realizada a análise dos dados obtidos. A abordagem mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a Análise de Conteúdo. Segundo Berelson (apud MINAYO, 2000, p.200), “é uma técnica de pesquisa para

descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los”. Gomes (2007) afirma, porém, que atualmente os pesquisadores tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem e realizar uma interpretação mais profunda da mesma. Mais precisamente, esta pesquisa utilizou a técnica de Análise Temática para análise dos dados das entrevistas. Segundo Bardin (1979, p.105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* significa algo para o objetivo analítico visado. O presente estudo, a partir das questões norteadoras das entrevistas, pretendeu fazer surgir e compreender a relação de determinados temas com o objeto da pesquisa. Nesse sentido, as concordâncias e divergências encontradas em relação aos temas denotam os valores de referência e os modelos de comportamento (solidariedades e conflitos) presentes.

A análise e discussão dos resultados encontrados a partir da análise documental, das entrevistas semi-estruturadas e da observação participante do processo de trabalho da equipe foram guiadas pelos objetivos dessa pesquisa.

4.4 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Previamente ao início da segunda fase da pesquisa, a qual constituiu o trabalho de campo propriamente dito, o projeto da pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, tendo sido aprovado pelo Parecer nº 84/10, de acordo com as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 196 / 96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi encaminhado o Termo de Autorização para a realização da pesquisa à Secretaria de Saúde Municipal de Petrópolis, sendo a mesma aceita por esta instituição. Todos os sujeitos incluídos na população da pesquisa concordaram em participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A identificação por código e a omissão de informações que pudessem levar ao reconhecimento dos sujeitos da pesquisa foram os meios de garantia de confidencialidade e sigilo quanto a sua identificação direta ou indireta. Os dados foram armazenados no computador da pesquisadora, sendo protegidos por senha.

Como benefício direto da pesquisa, destaca-se o conhecimento, por parte da equipe, dos resultados obtidos através da realização de uma oficina na Unidade de Saúde da Família com a intenção de contribuir para o aprimoramento do processo de trabalho da equipe. Os resultados também serão entregues a Coordenação da ESF no sentido de contribuir para o trabalho e para o processo de Educação Permanente no município.

Como benefício indireto, a partir da publicação dos resultados da pesquisa, pretende-se contribuir para uma maior reflexão sobre a prática em saúde na ESF e sobre a formulação de programas de Educação Permanente enfocando o diagnóstico da situação de saúde no território.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 - CONTEXTO SÓCIO-ECONÔMICO MUNICIPAL

5.1.1 – Perfil demográfico e econômico

Segundo o IBGE, o município de Petrópolis possui uma população estimada para 2009 de 315.119 habitantes, com uma densidade demográfica de 403,77 hab./ km², estando 94,46% da população na área urbana e 5,54% na área rural. A taxa de crescimento anual (estimada) no período de 2000 a 2006 é de 0,8 (IBGE, 2009).

A população do município estimada para 2009 encontra-se assim distribuída (Tabela1.)

Tabela 1: População Residente por faixa etária e sexo, 2009.

<i>Faixa Etária</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Total</i>
Menor de 1 ano	1.838	1.758	3.596
1 a 4 anos	8.558	8.217	16.775
5 a 9 anos	12.208	11.797	24.005
10 a 14 anos	12.033	11.518	23.551
15 a 19 anos	12.149	11.662	23.811
20 a 29 anos	24.870	25.034	49.904
30 a 39 anos	23.421	24.239	47.660
40 a 49 anos	21.605	24.056	45.661
50 a 59 anos	16.832	19.628	36.460
60 a 69 anos	10.253	13.191	23.444
70 a 79 anos	5.395	8.105	13.500
80 anos e mais	2.315	4.437	6.752
Idade ignorada	-	-	-
Total	151.477	163.642	315.119

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009

Na distribuição da população residente nos cinco distritos, observamos que a grande concentração de habitantes está no 1º distrito, o qual possui a segunda maior área em

extensão. O distrito de Cascatinha tem a maior área em extensão, no entanto, sua população equivale à terça parte da população do 1º distrito.

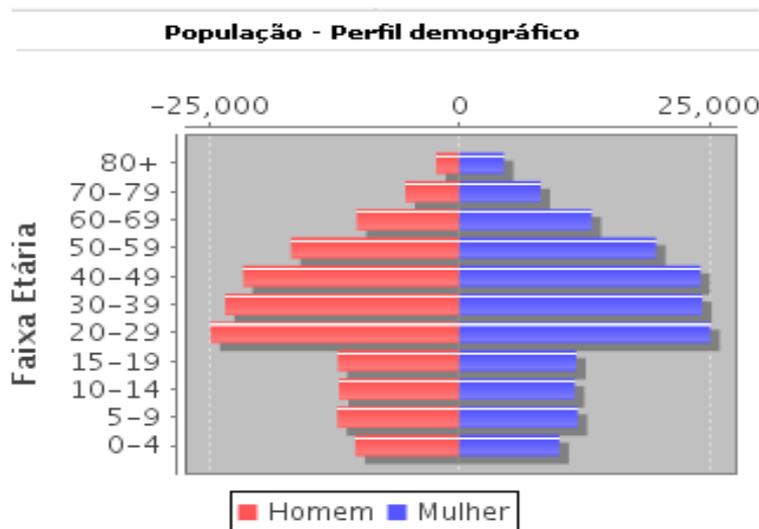
Tabela 2: Petrópolis – Distribuição da população residente nos distritos – segundo estimativa populacional/2008.

<i>DISTRITOS</i>		<i>ÁREA</i>	<i>POPULAÇÃO</i>
1º	Petrópolis	143 Km ²	200.320 hab.
2º	Cascatinha	274 Km ²	67.557 hab.
3º	Itaipava	121 Km ²	19.659 hab.
4º	Pedro do Rio	210 Km ²	15.368 hab.
5º	Posse	63 Km ²	10.400 hab.

Fonte: Setor de Informática/SMS de Petrópolis, 2008.

Como podemos observar (Quadro 3) a estrutura etária da população do município mostra o alargamento do topo da pirâmide e diminuição da base, característica de populações já amadurecidas, ou seja, sem tendência expansiva, o que reflete significativa redução na taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida. Observa-se que até os 19 anos de idade existe predominância masculina, a partir dos 20 anos de idade a predominância passa a ser feminina.

Quadro 3: Estrutura etária da população no Município de Petrópolis (estimativa do IBGE para 2009).



Observamos uma proporção de 4 homens para cada 6 mulheres a partir dos 60 anos de idade, em função da mortalidade diferencial por sexo.

Em 2000, no Estado do Rio de Janeiro, segundo dados do IBGE, a população maior de 60 anos correspondia a 12,27% da população geral, enquanto no município de Petrópolis a proporção de idosos era de 13,44%. De acordo com a estimativa populacional dos municípios brasileiros realizada pelo IBGE em 2009, a população de idosos em Petrópolis aumentou no período de 2000-2009 de 13,44% para 13,86% da população (IBGE, 2009). A expectativa de vida ao nascer no município era de 70,06 em 2000, apresentando um aumento de 1,94 no período de 1991 a 2000 (IBGE, 2000).

A taxa de fecundidade no período de 2000 a 2008 demonstra queda. Em 2000, a taxa de fecundidade era de 63,76 nascimentos para cada 1.000 mulheres em idade fértil. Em 2008, houve queda da taxa de fecundidade para 46,36 nascimentos para cada 1.000 mulheres (PETRÓPOLIS, 2009a).

O Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDH) em 2000 foi de 0,804, situando-o entre as regiões consideradas de maior desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8), ocupando a sétima posição no Estado. Este índice apresentou um crescimento de 7,06% no período de 1991-2000. Sua posição é igual ou supera a de 91,3% dos municípios do Brasil, sendo que o crescimento do IDH em todo o Brasil no mesmo ano foi de 10% e o melhor IDH municipal era de São Caetano do Sul (SP) com 0,919. A educação foi a dimensão que mais contribuiu para o crescimento do IDH no município no período 1991-2000, seguida pela renda e pela longevidade (PNUD, 2000).

Em 2000, no município, a taxa de analfabetismo nas faixas etárias de 7 a 14 anos era de 4,7%; de 15 a 17 anos era de 1,2%; de 18 a 24 anos era de 1,8% e na população adulta (25 anos ou mais) era de 7,6%, todas com expressiva redução em relação ao ano de 1991. No município, o percentual da população de 7 a 14 anos freqüentando a escola era de 96,4% em 2000 e o da população adulta com menos de quatro anos de estudo era de 24,1%, com uma redução de 5,9% em relação a 1999. A média de anos de estudo da população adulta passou neste mesmo período de 5,8 anos para 6,5 anos (PNUD, 2000).

A renda per capita, no período de 1991 a 2000, aumentou em 40,12%, passando de R\$ 285,42 para R\$ 399,93, a proporção de pobres diminuiu de 21,5% para 13,9%, porém o índice Gini (que mede a desigualdade econômica) aumentou de 0,56 para 0,58 no mesmo período (PNUD, 2000).

Quanto ao acesso a serviços básicos, em 2000, 97% dos domicílios tinham acesso a água encanada, 99,6% a energia elétrica e 96,5% possuíam coleta de lixo (IBGE, 2000).

5.1.2 – Perfil Epidemiológico

Em relação aos principais indicadores epidemiológicos do município, o coeficiente de mortalidade geral era 7,81/1000 hab no ano de 2008, tendo decrescido em relação ao ano de 2000 quando o mesmo era 8,01/1000 hab. O coeficiente de mortalidade infantil em 2000, segundo o Datasus, foi de 23,20/1.000 nascidos vivos e em 2008, segundo dados da Coordenação de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Município, foi de 15,55/1.000 nascidos vivos.

A Mortalidade Infantil em Petrópolis, no período de 2004 a 2008, apresenta uma tendência à queda com valores mais elevados em alguns anos, como podemos observar na tabela abaixo (Tabela 3).

A diminuição deste coeficiente se deve principalmente a diminuição da mortalidade pós-neonatal, com aumento na proporção dos óbitos neonatais em relação aos pós-neonatais no período de 2004 a 2008 (Tabela 3). Isso reflete uma importante melhora das medidas adotadas no controle da mortalidade infantil.

Tabela 3 – Coeficiente de mortalidade infantil,⁷ neonatal, neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal e infantil, no município de Petrópolis, no período de 2004 a 2008.

ANO	NEONATAL	NEONATAL PRECOCE	NEONATAL TARDIO	POS-NEONATAL	INFANTIL
2004	12,67	9,05	3,62	6,34	19,01
2005	11,18	9,32	1,86	2,8	13,98
2006	12,47	9,16	3,31	4,33	16,8
2007	14,25	9,25	5	5	19,25
2008	11,25	7,4	3,82	4,33	15,55

Fonte: (SMS – Coordenação de Epidemiologia- SIM, 2008)

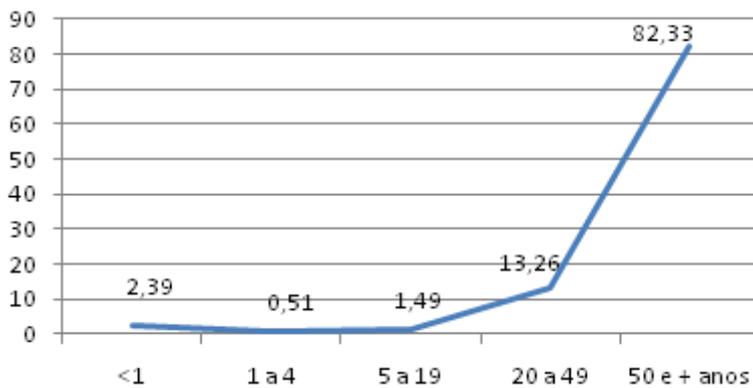
⁷ Coeficiente de mortalidade infantil – corresponde ao número de óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos, em certa área, no ano considerado (ROUQUAYROL E ALMEIDA FILHO, 2003).

Estudos comprovam que ao se comparar diferentes países verifica-se que quanto maior é o nível de saúde, tanto menor é a proporção de óbitos pós neonatais, mais sensíveis às condições sócio-econômicas e ambientais (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

O coeficiente de mortalidade materna no Município de Petrópolis, em 2007, foi de 49,59/100.000 nascidos vivos, enquanto no Estado do Rio de Janeiro este coeficiente foi de 79,30/100.000 nascidos vivos no mesmo ano (PETRÓPOLIS, 2009a).

Dados da Coordenação de Epidemiologia do Município apontam, em relação à mortalidade proporcional no ano de 2008, que a faixa etária de 50 anos ou mais concentra 82,33% dos óbitos. Comparativamente, esta mesma faixa etária contava com 74,76% dos óbitos no município no ano de 2000. Segundo a configuração da curva de Moraes (Curva de Mortalidade Proporcional) (Quadro 4), o padrão é o IV, tipo J (jota) que indica um melhor nível de saúde.

Quadro 4 – Curva de Mortalidade Proporcional no Município de Petrópolis em 2008 (Curva de Moraes⁸).



Segundo a Coordenação de Epidemiologia do Município, as principais causas de mortalidade geral em 2008 foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas, o que caracteriza o perfil de transição epidemiológica esperado nos países que já passaram pela transição demográfica, com envelhecimento de sua população.

Quanto ao Pacto pela Saúde⁹, no seu componente Pacto pela Vida, o município apresenta os seguintes indicadores relacionados ao fortalecimento da Atenção básica (BRASIL, 2010b).

⁸ Existem 4 modelos de curvas de mortalidade proporcional por idade, segundo Nelson Moraes: I – nível de saúde muito baixo - predomínio de óbitos em adultos jovens; II – (tipo J invertido) – nível de saúde baixo - predomínio de óbitos na faixa infantil e pré-escolar; III – (tipo U) - nível de saúde regular – diminuição da proporção de óbitos infantis e aumento dos óbitos na faixa etária de 50 anos e mais; IV – (tipo J) – nível de saúde elevado – baixa proporção de óbitos nas faixas infantil, pré-escolar e jovem e com um predomínio quase absoluto de óbitos em pessoas idosa (Rouquayrol e Almeida Filho, 2003).

- A proporção da população cadastrada pela ESF no município em 2009 foi de 36,92% (SIAB-Petrópolis-RJ-Janeiro/2010). A meta Brasil para 2010 é de 54,5% e em 2011 é de 57% de cobertura.
- Em 2009, a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal no município foi de 77,21% e no Estado do RJ foi de 62,58%. A meta Brasil para 2010 é $\geq 62,91\%$ e em 2011 é de $\geq 65,28\%$.
- Em 2009, a taxa de internações por Diabetes mellitus e suas complicações foi de 6,78% no município e no Estado do RJ foi de 6,0%. A meta Brasil para 2010 é $\leq 6,0\%$ e em 2011 é de $\leq 5,7\%$.
- Em 2009, a taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no município foi de 7,24% e no Estado do RJ foi de 4,87%. A meta Brasil para 2010 é $\leq 5,2$ e em 2011 é $\leq 4,7\%$.
- Em 2009, o percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso foi de 4,88% no município e no Estado do RJ foi de 3,86%. A meta Brasil para 2010 é $\leq 4,4\%$ e em 2011 é $\leq 4,0\%$.
- Em 2009, o percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família foi de 50,61% no município e no Estado do RJ foi de 38,81%. A meta Brasil para 2010 é de $\geq 70\%$ e em 2011 é de $\geq 73\%$.

Quanto à vacinação infantil, o indicador selecionado pelo Pacto da Saúde, no seu componente Pacto de Gestão do SUS, é a cobertura vacinal com a Vacina Tetravalente (DPT+Hib/previne contra Difteria, Tétano, Coqueluche e infecções graves pela bactéria *Hemophilus influenza*) em crianças menores de 1 ano. A cobertura no município em 2009 foi de 91,45% e em 2010 foi de 95,90%. No Estado do RJ esta cobertura foi de 95,40% em 2009 e de 76,58% em 2010. A meta Brasil para 2010 e 2011 é de 95%.

Segundo dados do Relatório Anual de Gestão da SMS do município, a partir de dados da SESDEC, em 2008, ocorreu um total de 4.266 internações por ISAB (Internações Sensíveis à Atenção Básica), equivalendo a 33,58% de internações no município, sendo que

⁹ O Pacto pela Saúde determina prioridades para a construção de políticas de saúde identificadas com as realidades regionais. Apresenta três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS. O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. O Pacto de Gestão tem como eixo a regionalização das ações e serviços de saúde, sendo um qualificador dos processos de descentralização e das ações de planejamento e programação em saúde (PORTARIA GM/MS 399, de 22 DE FEVEREIRO DE 2006).

destas, 244 foram internações por DM e 359 por HA (Hipertensão Arterial) (PETRÓPOLIS, 2009b).

Podemos observar em relação a estes indicadores, que o município precisa melhorar a prevenção e o cuidado a portadores das principais doenças crônico-degenerativas, a Hipertensão Arterial (importante fator de risco para AVC) e o Diabetes. Precisa também melhorar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e o cuidado a este ciclo de vida.

Mas é preciso que o conhecimento produzido por esses indicadores oriente políticas em saúde no sentido da transformação da realidade. Essas políticas vão muito além do aumento do número de leitos hospitalares ou do número de especialistas para tratamento da doença. Esses indicadores nos mostram a necessidade do fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no município, principalmente da expansão da ESF, com uma prática voltada para a promoção da saúde e o enfrentamento dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença a partir de um diagnóstico local.

5.2 - CONTEXTO POLÍTICO - ORGANIZACIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

5.2.1 – Rede de Saúde Municipal

➤ Secretaria Municipal de Saúde

De acordo com a estrutura organizacional vigente, a gestão municipal em saúde é composta pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Fundação Municipal de Saúde. Sendo constituída pelos seguintes Departamentos: Administrativo; Recursos Humanos; Informática; Financeiro; Licitações, Contratos Administrativos e Abastecimento; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria e pela Assessoria Jurídica.

No Plano Municipal de Saúde para 2010-2013 (PETRÓPOLIS, 2009^a), está estabelecida como meta a extinção da Fundação Municipal de Saúde, pois na prática esta estrutura se funde com a Secretaria de Saúde sendo o Secretário de Saúde também o diretor presidente da Fundação Municipal de Saúde.

A gestão do trabalho em saúde se mostra assim organizada:

- Departamento de Atenção Básica e Especialidades – responsável pela gerência das Unidades Básicas de Saúde com e sem ESF implantada e pelo PACS.

- Coordenação Geral dos Programas de Saúde Pública – responsável pelos seguintes programas: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e de Adolescente (PAISCA); Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM); Programa de Saúde do Idoso; Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA); Programa de DST/AIDS; Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); Programa Anti-Tabagismo; e Programa de Saúde na Escola (PSE). A Coordenação dos Programas, atualmente, está vinculada ao Departamento de Atenção Básica.

- Coordenação de Saúde Bucal.

- Coordenação de Epidemiologia - responsável pela Vigilância Epidemiológica de doenças e agravos; pelos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) , de Nascidos Vivos (SINASC) e de Agravos de Notificação (SINAN); e pelos seguintes programas: Programa de Imunização (PNI), Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose, Programa de Prevenção e Controle da Hanseníase e Programa de Prevenção e Controle da Raiva.

- Coordenação de Vigilância e Fiscalização Sanitária e Controle de zoonose.

- .Divisão Técnico Administrativa Farmacêutica (PETRÓPOLIS, 2009a).

Vale ressaltar a ausência de estrutura organizacional da Vigilância em Saúde¹⁰ e da Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde no município ainda não está constituída como preconiza o Pacto pela Saúde e atua de forma fragmentada. Como citado acima, há as Coordenações de Epidemiologia e de Vigilância Sanitária . A Vigilância Ambiental em Saúde não consta como um serviço com competências e atribuições definidas (PETRÓPOLIS, 2009a).

➤ Rede de Atenção Básica

A rede básica é composta por: 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada e 10 UBS sem a ESF. Apresenta-se organizada da seguinte forma:

¹⁰ O conceito de vigilância em saúde inclui: vigilância e o controle das doenças transmissíveis; vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária. (BRASIL, 2010)

- 41 Equipes de Saúde da Família, sendo 19 equipes com Saúde Bucal (Modalidade 1- com auxiliar de atendimento dentário) e 5 equipes conveniadas com a Faculdade de Medicina de Petrópolis.
- 10 UBS sem ESF, sendo 4 equipes com PACS.
- 227 Agentes Comunitários de Saúde.

A gerência da Atenção Básica é composta por:

- 1 diretor;
- 7 supervisores gerenciais responsáveis cada um por uma região de saúde
- 2 supervisores de Serviço Social;
- 1 supervisor de Saúde Bucal;
- 1 setor de Sistema de Informação

Dentro da gerência da Atenção Básica encontram-se também dois Serviços de Pronto Atendimento 24 horas (nos distritos da Posse e Pedro do Rio).

Segundo o Plano de Saúde Municipal para o período 2010-2013 (PETRÓPOLIS, 2009^a), o município além de não dispor de cobertura significativa da ESF, não possui uma Atenção Básica de fato regionalizada para garantir o acesso dos usuários a todos os níveis de atenção. A estas dificuldades somam-se equipes incompletas, profissionais desmotivados, abastecimento irregular de insumos, infra-estrutura inadequada de algumas unidades de saúde, carência de protocolos clínicos e de enfermagem e, ainda, fragilidade nos sistema de referência e contra referência, além de ausência de definição de fluxos de entrada e saída do sistema. Estas dificuldades acarretam sobrecarga nos outros níveis de atenção e transtornos aos usuários.

➤ Rede de Atenção Secundária

O município dispõe da seguinte rede própria do SUS em atenção secundária:

- 3 Unidades Assistenciais com Serviço de Pronto Atendimento : Posse, Pedro do Rio e Alto de Serra
- 4 Ambulatórios de Especialidades: Ambulatório de Especialidades e Saúde do Idoso, Ambulatório da Posse, HAC (Hospital Alcides Carneiro), Centro de Saúde Coletiva.
- 2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) – Centro e Corrêas
- 3 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (Infantil, Adulto e Antidrogas)
- 1 Ambulatório de Saúde Mental

Integram a rede de assistência secundária do SUS, de forma complementar e contratada, as seguintes unidades de saúde:

- 3 serviços de fisioterapia
- 1 ambulatório de especialidades conveniado junto à Faculdade de Medicina de Petrópolis
- 1 serviço de assistência em Homeopatia.

Atualmente as unidades de Atenção Especializada não têm um perfil bem definido, e muitas vezes atuam como porta de entrada para o Sistema devido à baixa cobertura de Atenção Básica e à falta de hierarquização dos serviços da rede. Na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde não há uma coordenadoria para a média complexidade que vise organizar o gerenciamento deste nível de atenção à saúde. (PETRÓPOLIS, 2009a)

Tomando como parâmetro a Portaria MS/GM/ 1.101/2002⁵ e levando em conta o perfil demográfico e epidemiológico, o quantitativo de consultas médicas especializadas mensais no município encontra-se no limite mínimo preconizado. Há oferta de consultas especializadas adequadas ou acima dos parâmetros nas seguintes especialidades: alergologia, dermatologia, cardiologia, angiologia, especialidades pediátricas, gastroenterologia, nefrologia, oncologia e proctologia, enquanto que nas especialidades de oftalmologia urologia, psiquiatria, cirurgia geral, neurocirurgia, otorrinolaringologia, reumatologia, pneumologia e ortopedia há um déficit na oferta de consultas. (PETRÓPOLIS, 2009a).

No segundo bimestre de 2010, foram inauguradas duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), no 1º e 2º distritos.

➤ Rede de Atenção Terciária

No que refere à assistência ambulatorial de alta complexidade, o município mantém contrato de prestação de serviço em assistência oncológica com o CTO (Centro de Terapia Oncológica), onde são realizados atendimentos por equipe multiprofissional e procedimentos em quimioterapia e radioterapia. Além disso, há também dois serviços contratados de litotripsia extracorpórea e dois de terapia renal substitutiva. Dispõe ainda de serviço de cardiologia intervencionista (hemodinâmica e arteriografia) que funciona junto ao serviço de alta complexidade em assistência de cardiologia do Hospital Santa Teresa.

Em relação à regionalização da assistência hospitalar, o município de Petrópolis destaca-se pela capacidade instalada, sendo referência regional para os demais municípios da Região Serrana, atendendo ainda a demanda de outras regiões, como a Metropolitana I e II,

para internações hospitalares em Psiquiatria, Gestantes de Alto Risco e UTI Neonatal (SMS,2009).

Segundo informações do caderno de regionalização da Secretaria de Estado de Saúde/RJ, a Região Serrana apresenta cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) um quantitativo de 1.587 leitos gerais (excetuando-se os leitos de psiquiatria, leitos crônicos e hospital-dia) o que representa 1,7 leitos por 1000 habitantes, valor inferior ao parâmetro da Portaria GM/MS n.º 1101/2002, que preconiza 2,5 a 3 leitos por 1000 hab. Segundo dados do CNES, apesar de ser referência, no município de Petrópolis há oferta de 416 leitos gerais, configurando 1,3 leitos para cada 1000 habitantes e 13 leitos de UTI. Pelos parâmetros da PT/MS 110/2002 seriam necessários 782 leitos gerais e 31 de UTI (PETRÓPOLIS, 2009a). Isso gera problemas freqüentes para internação de pacientes, sendo considerado um problema prioritário para a SMS, pois leva a frequentes intervenções do poder judiciário, com grande exposição política na mídia.

A rede hospitalar pública do SUS no município conta com dois hospitais próprios e quatro hospitais privados contratados.

Quanto ao atendimento de urgência e emergência, o município conta quatro hospitais, que em conjunto oferecem atendimentos em Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, Neurologia, Nefrologia e Cirurgia Cardíaca com Hemodinâmica; atendimentos de urgência obstétrica; urgências cirúrgicas não traumáticas, urgência/emergência geral, Unidade de Tratamento Intensivo, Unidade de Tratamento Intensivo neonatal, que atua como referência regional; e leitos para doenças infecto-contagiosas (PETRÓPOLIS, 2009a).

Um grave problema que vem se configurando no município é a carência de médicos pediatras para atendimento de urgência e emergência na rede do SUS, além de uma grande demanda por atendimentos gerais e pediátricos na urgência. Porém, a partir da análise de técnicos da SMS, uma grande parte dessa demanda não se configura como tendo real necessidade de serviços de pronto atendimento, podendo este problema ser grandemente amenizado com o fortalecimento da Atenção Básica e expansão da ESF (PETRÓPOLIS,2009a).

➤ Rede de Diagnostico e Laboratorial

O município conta com serviços de Radiologia, Ultrassonografia, Mamografia, Eletrocardiografia, Eletroencefalografia, Ecocardiograma, Tomografia Computadorizada,

Audiometria, Densitometria Óssea e Ressonância Magnética sendo próprios ou conveniados. O tempo de espera para marcação de alguns exames pode chegar a mais de três meses. Há também convênios com outros municípios para exames de maior complexidade.

Os exames citopatológicos preventivos do câncer do colo uterino são realizados no SITEC, laboratório do INCA. Em 2008 o quantitativo de exames colhidos foi abaixo da necessidade estimada definida pelos parâmetros do INCA (PETRÓPOLIS, 2009a). A expansão da ESF seria de fundamental importância para o enfrentamento dessa realidade.

Quanto à rede laboratorial, o município conta com um Laboratório de Saúde Pública e sete laboratórios conveniados.

5.2.2 - Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família cobre 35,8% da população do município (SIAB-Petrópolis-RJ-Junho /2010) com 41 equipes distribuídas nos 5 distritos. A maior concentração de equipes encontra-se no 1º distrito, o mais populoso.

Segundo o consolidado geral do SIAB de junho de 2010 (Tabela 4), podemos observar o seguinte perfil da população coberta pela ESF no município.

Tabela 4 - Perfil da população coberta pela ESF no município de Petrópolis – 2010

<i>População coberta pela ESF</i>	<i>102.412 hab</i>
Nº de Famílias cadastradas pela ESF	31.471
% da pop. de 7 a 14 anos freqüentando a escola	81,21%
% da pop. de 15 anos ou mais alfabetizada	95,30%
% da pop. coberta por plano de saúde	14,5%
% das famílias com acesso à rede pública de água	45,58%
% das famílias tendo acesso à água por poço ou nascente	54,02%
% de famílias com casa de tijolo/adobe	98,55%
% de famílias com acesso à coleta pública de lixo	96,24%
% de famílias com acesso à rede de esgoto	76,70%
% de famílias que utilizam fossa como destino de dejetos	16,70%
% de famílias cujo destino de dejetos é a céu aberto	7,2%
% de famílias com acesso à energia elétrica	98,35%

Fonte: Produzido a partir do SIAB - Petrópolis-RJ - Junho/2010)

Em relação a todo o município, em 2000, 97% dos domicílios tinham acesso a água encanada, destes 50,28% tinham abastecimento de água da rede geral e 49,72% tinham abastecimento de água de poço ou nascente. Quanto ao esgoto, 69,16% tinham acesso a rede de esgoto ou pluvial, 18,16% utilizavam fossa e em 12,68% o destino de dejetos era á céu e outros (IBGE, 2000). Vale destacar que o abastecimento de água na cidade de Petrópolis provém grandemente de poços e nascentes sem fiscalização.

Apesar do município de Petrópolis ter assinado o PROESF (Projeto de Expansão da Estratégia de Saúde da Família) no ano de 2003, com uma meta de cobrir 70% da população com a ESF, observamos que a mesma não foi atingida, estando a cobertura muito aquém deste valor.

Como já foi exposto o município conta com 42 Equipes de Saúde da Família, tendo 19 equipes com Saúde Bucal (Modalidade 1) e 5 equipes conveniadas com a Faculdade de Medicina de Petrópolis. Segundo dados da SMS, oito equipes estão incompletas sem o profissional médico. Também há falta de agentes de saúde, porém segundo a Diretora do Departamento de Atenção Básica grande parte dessa demanda está sendo suprida por um recente processo de Seleção Pública já em fase de finalização. Faltam também auxiliares de serviços gerais e auxiliares administrativos.

O Departamento de Atenção Básica é composto por um diretor geral; sete supervisores técnico-gerenciais responsáveis cada um por uma região de saúde; dois supervisores de Serviço Social; um supervisor de Saúde Bucal e um setor de Sistema de Informação.

O cargo de direção geral, atualmente, é ocupado por um profissional da área médica e a equipe de supervisão técnico-gerencial é composta por uma equipe multiprofissional: quatro enfermeiros, uma fonoaudióloga e dois psicólogos.

5.2.2.1 - Histórico de Implantação

Como descrito por PAPOULA (2006), antes da implantação do PACS em Petrópolis, o município já apresentava desde 1987 uma experiência desenvolvida pela Escola de Enfermagem do Colégio Santa Catarina a qual formava agentes comunitários de saúde, sem vínculo com o sistema público, para atuarem voluntariamente em suas áreas de moradia. No trabalho realizado por estes agentes não havia delimitação de áreas ou número de famílias e eram realizadas ações como de educação em saúde, práticas fitoterápicas, verificação de

pressão arterial e realização de curativos. As professoras da Escola, todas enfermeiras, faziam a supervisão do trabalho dos agentes.

Em 1994, seguindo o modelo utilizado pelo Ministério da Saúde, a Federação de Associações de Moradores Petropolitana (FAMPE) e a Prefeitura de Petrópolis assinaram um convênio no qual os ACS formados pela Escola Santa Catarina passaram a ser contratados. A Prefeitura repassava as verbas para a FAMPE para o pagamento dos agentes, porém não realizando supervisão sobre o trabalho dos mesmos. Em 1996, com a criação da Associação Petropolitana de Agentes Comunitários de Saúde (APACS), o convênio passou a ser entre a PMP e esta Associação, continuando a prefeitura apenas a repassar as verbas, não realizando supervisão sobre o trabalho dos agentes.

Em 1997, a PMP elaborou o Projeto para a Implantação do Programa de Saúde da Família (FMS/COASA/PETRÓPOLIS, 1997a) e para implantação do Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS). No Instrumento de Implantação do Programa de Saúde da Família (FMS/COASA/PETRÓPOLIS, 1997b) está descrito que com a implantação do Programa, o município de Petrópolis procura proporcionar a atenção integral e contínua à população, cumprindo deliberação da IV Conferência Municipal de Saúde e seguindo recomendações da Norma Operacional Básica de 1996.

Segundo Papoula (2006, p.41), as formas de financiamento do Ministério da Saúde estimularam o município a implantar o programa, como nos traz seu relato, “*A gestão municipal, incentivada pelas experiências de outros municípios, pelas formas de financiamento do MS, e também insatisfeita com o modelo de atendimento que a rede básica de saúde vinha dispensando a população, baseado em ações curativas, elaborou o Projeto de Implantação do Programa de Saúde da Família.*”

O PACS foi implantado no Município em 1997, antes do PSF, pois a estrutura já estava iniciada com trinta e dois agentes atuando em diversas áreas do município. Os agentes passaram à supervisão da SMS, sendo adotadas as regras nacionais para o exercício de suas ações, como delimitação de áreas de abrangência e número de famílias assistidas.

Foi um fator facilitador para o início do PSF no município a existência desse trabalho com agentes de saúde desenvolvido pela Escola Santa Catarina, pois já havia um terreno fértil para iniciar o novo modelo proposto, como fica evidente nesta fala:

“Muito importante para o início da ESF no município, foi já existirem agentes comunitários de saúde formados pelo colégio Santa Catarina que foram selecionados para o PACS...eles não tinham aquelas condicionalidades e normatizações do PACS, mas eram muito bem preparados.” (C3)

O PSF só iniciou seu processo de implantação um ano após a realização do projeto, devido ao atraso no repasse das verbas pelo MS (PAPOULA, 2006). No projeto foram definidas, inicialmente, onze comunidades para a implantação, sendo seis na área urbana e cinco na área rural, abrangendo os cinco distritos de Petrópolis. Destas, dez comunidades eram providas de UBS, as quais passariam a funcionar como Unidades do PSF, e priorizou-se os profissionais da UBS para a formação das equipes, como fica evidente no relato seguinte.

“O critério era um critério até do Ministério, ele colocava que as unidades de saúde convencionais teriam prioridade para que elas se tornassem da Estratégia de Saúde da Família... os profissionais dos postos foram aproveitados.” (C2)

Esta fala vem de encontro à seguinte diretriz operacional do Ministério da Saúde para a implantação do modelo de Saúde da Família: “Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde” (BRASIL,1997, p.11).

Segundo o direcionamento do Ministério da Saúde, o município deve eleger áreas para implantação das unidades de saúde da família priorizando aquelas onde a população está mais exposta aos riscos sociais (BRASIL, 1998). O município procurou seguir esta diretriz do MS na implantação do PSF, como está descrito no Instrumento de Implantação do Programa de Saúde da Família no município de Petrópolis (FMS/COASA/PETRÓPOLIS, 1997b, p.3), “Os locais primeiramente escolhidos para a implantação do Programa, obedeceram critérios epidemiológicos, geográficos e demográficos adequados para o PSF, bem como interesse da comunidade em participar do programa e a oferta de serviços existentes nestas comunidades.”

Observa-se que, inicialmente, a implantação de equipes de saúde da família no município foi, principalmente, norteadas por critérios técnicos. A escolha das comunidades para implantação do PSF no município segundo esses critérios é reforçada pelos seguintes relatos.

“A gente caracteriza o território segundo dados do próprio posto de saúde local, do PACS e da epidemiologia.”(C3)

“Os dados técnicos, que minimamente traçam um perfil sócio-demográfico, econômico e epidemiológico desses territórios, vêm das informações da própria unidade básica de saúde já existente, da Epidemiologia, a equipe técnica procura traçar esse perfil...”(C8)

Esses critérios foram definidos a partir de informações locais e estão definidos no Projeto de Implantação do Programa de Saúde da Família em Comunidades no Município de Petrópolis (FMS/COASA/PETRÓPOLIS,1997a). Neste documento estão descritos os seguintes dados das comunidades:

- perfil geral da comunidade: características do início de formação da comunidade, dados sócio-econômicos (renda e escolaridade), algumas características do território (ex: rural, urbano, presença de usina de lixo, dentro da estrada Rio- Petrópolis...);
- formas de organização da comunidade: presença de associação de moradores, as quais nas comunidades onde estavam organizadas foram consultadas, segundo este documento, para o parecer favorável em relação a implantação;
- principais meios de sobrevivência: como formas de ocupação da população, empregos formais e não formais;
- presença de instituições de ensino ou não;
- presença de instituições religiosas ou não;
- perfil de saneamento básico;
- condições gerais de funcionamento do posto: horário de funcionamento, condições físicas do prédio, características do atendimento (presença de atendimento a programas do MS, nº de consultas clínicas, pediátricas, de enfermagem e de atendimentos de enfermagem de nível médio nos últimos seis meses);
- perfil dos profissionais lotados no posto quanto à categoria profissional e especialidades médicas;
- dados epidemiológicos da população infantil: nº de nascidos vivos no ano anterior à implantação; perfil dos atendimentos realizados pelo PAISC (Programa de Saúde Integral à Saúde da Criança) - número de atendimentos à IRA (infecção respiratória aguda), pneumonia, diarreia, verminoses e outras causas.

Após análise desses dados, foram levados em conta os seguintes critérios na escolha das comunidades para a implantação do PSF no município: comunidades “fechadas”; com população de baixa renda; com perfil epidemiológico desfavorável; com baixa resolutividade da unidade de saúde (PAPOULA, 2006). Isso vem de encontro aos seguintes relatos.

“ Começaram nas áreas fechadas, que tinham um território fechado, com uma população adscrita, e ainda uma área estratégica por causa da pobreza, das condições de moradia, da vulnerabilidade social.” (C1)

"No princípio, quando se iniciou o PSF, o objetivo foi transformar as unidades que tinham características de saúde da família, que eram comunidades fechadas, assim bem delimitadas, com indicadores epidemiológicos desfavoráveis, riscos sociais..." (C3)

As características que definiram as áreas iniciais de implantação do PSF como comunidades "fechadas", podem ser compreendidas nas seguintes falas:

"Área fechada é uma área que não tem gente que entra e que sai, ela não é caminho, ela não é estrada, ela é final de linha, ela não faz parte de um corredor." (C1)

"Locais que já tinham uma população adscrita, fechada, essa era uma orientação por causa da migração, como que eu vou implantar um PSF para cuidar de famílias onde existe uma grande migração." (C2)

"Comunidade fechada é onde você consegue delimitar bem aquela área, não é uma área que seja muito de passagem, não é um local de fluxo para outras áreas...então a prioridade foi essa, foi transformar essas unidades em unidades de saúde da família." (C3)

Observamos que, inicialmente, definiram-se características do território para a seleção de área, considerando-se fatores contextuais implicados na situação de saúde local e não apenas recortes populacionais. Também foram selecionadas áreas onde o acompanhamento continuado das famílias pudesse ser melhor desenvolvido, segundo os técnicos da secretaria: áreas fechadas, com pouca migração. Foram priorizadas tanto áreas urbanas como rurais.

Ao analisarmos a priorização de áreas de pouca migração para a implantação do PSF, cabe uma reflexão sobre se, justamente, um maior processo migratório em uma localidade não representa um critério maior de fragilização social. A migração, ao propiciar uma ocupação irregular do solo em regiões já carentes, potencializa uma organização territorial de maior vulnerabilidade.

A partir das entrevistas pudemos observar que o processo de implantação de Unidades de Saúde da Família (USF) no município ao longo do tempo não evoluiu para a valorização de um estudo mais aprofundado dos territórios por parte da gestão. Os critérios técnicos, ao longo do tempo, não foram determinantes para a implantação de novas USF, como podemos extrair das seguintes falas:

" No início os critérios foram mais técnicos... depois foi deturpado..." (C1)

“ Por necessidade de reforma de algumas unidades resolveu-se transformá-las em PSF, mesmo, que algumas, não tivessem critérios técnicos de prioridade.” (C3)

“...existem critérios técnicos: epidemiológicos, de situação de risco das populações, de fechamento de áreas, critérios de vulnerabilidade populacional, e sempre atravessados de alguma forma pelo critério político.” (C4)

“ Existir critérios existem, até porque a Estratégia de Saúde da Família fala sobre isso, analisam-se critérios de morbimortalidade, da situação de saúde, que poderiam estar levantando a necessidade da implantação de um Posto de Saúde da Família na área ... mas o fator político, está sempre muito presente, portanto esses critérios são preconizados, mas nem sempre respeitados...”(C6)

“ Eu acho que na definição desses territórios houve muito o interesse político, quando você vê, vai ser criada uma unidade sem ouvir a área técnica, que depois é chamada para implantar a unidade.” (C8)

Segundo diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL,1997), a nível municipal, como espaço de execução da estratégia de Saúde da Família, cabe as seguintes competências: elaborar o projeto de implantação da Estratégia de Saúde da Família para a reorientação das unidades básicas de saúde e eleger áreas prioritárias para a implantação do projeto. É preconizado, no município, como atribuição da equipe de supervisão, a elaboração desses projetos de implantação e ampliação da ESF (PETRÓPOLIS, 2009a). Porém, a concordância das opiniões dos entrevistados sobre aos critérios de seleção de áreas para implantação de equipes de saúde família nos coloca a questão no município de que a ampliação da ESF vem seguindo, muitas vezes, uma orientação político eleitoral com pouca escuta pelos gestores dos técnicos da secretaria de saúde. Como podemos observar, existem áreas cobertas pela ESF no município em detrimento de outras, consideradas prioritárias pelos supervisores, que estão descobertas.

“Existem áreas prioritárias para a implantação de postos de Saúde da Família em Petrópolis que ainda não foram contempladas.” (C6)

“ A gente tecnicamente tem os critérios , mas nem sempre é obedecido, tem muita intervenção política ... ao longo do tempo se perdeu esses critérios... a coisa é muita mais política... onde tem os piores indicadores, Retiro, não abriu, Alto Independência, não abriu...”(C3)

“ Você vê o Alto da Serra, pra que você tem lá três equipes, numa área que não precisa tanto de equipes de saúde da família, onde tem um ambulatório e

um pronto socorro, isso é político... eu acho que o critério nunca foi muito por demanda da população, primeiro foi técnico, depois político...” (C1)

A opinião expressa nesta última fala, quando refere que a área não precisa tanto de equipes de saúde da família por ter um ambulatório e um pronto socorro, parece não ser embasada por informações da situação de saúde local. O diagnóstico local parte do contexto e da dinâmica territorial, incluindo o perfil de atendimento dessas unidades. Apenas a presença de instituições de saúde não significa a garantia do acesso e da melhoria das condições de vida e da situação de saúde local.

Observamos, quanto ao processo de implantação de equipes de saúde da família, que manteve-se a lógica política predominante em saúde, onde há a priorização da política partidária, com seus interesses dentro das comunidades, em detrimento dos dados técnicos provenientes de um diagnóstico da situação de saúde local. Por outro lado, deveria ser uma atribuição técnica articular redes locais a partir das informações levantadas da situação de saúde das comunidades, para que as informações sejam democratizadas e possam potencializar a mobilização da população para a melhoria de suas condições de vida. E também para que a população não fique refém dos micropoderes locais com seus interesses e suas parcerias político-partidárias.

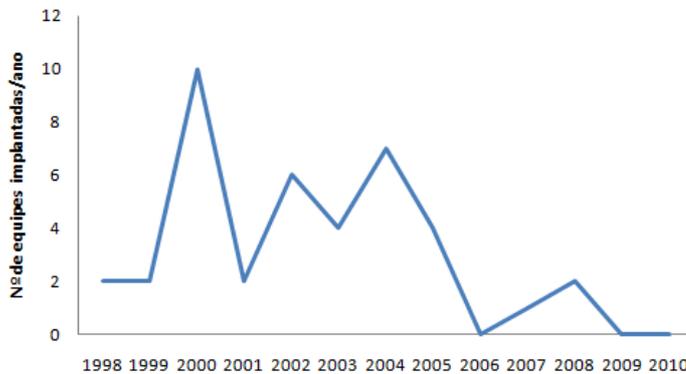
A partir dos seguintes relatos, enfatiza-se que no município houve a priorização de interesses políticos no processo de seleção dos territórios para implantação de novas equipes de saúde da família.

“Tem alguns critérios que a gente poderia estar colocando, como o populacional, de já existir unidade convencional, critério de vulnerabilidade, critério de acesso, de vazio assistencial, mas em algum momento nós vimos que o critério foi pela questão política, pelo interesse político, de estar atendendo a uma demanda política de determinado segmento político do município.”(C2)

“Há critérios técnicos, epidemiológicos, de situação de risco das populações, fechamento de áreas, critérios de vulnerabilidade populacional econômica e social...sempre atravessados de alguma forma pelo critério político...existem as interferências políticas...” (C7)

Podemos corroborar essas afirmações ao analisar o processo de implantação das 41 equipes de saúde da família no município por um período de 12 anos. Como destacado por Papoula (2006) em análise anterior, houve o maior número de equipes implantadas em anos eleitorais municipais - 2000 e 2004 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Número de equipes por ano de implantação -1998 a 2010/Petrópolis.



Observamos que nos dois últimos anos não houve implantação de equipes. Segundo as falas dos entrevistados, isso se deve à dificuldade de contratar profissionais da área médica para as equipes de Saúde da Família, sendo necessário antes atender às equipes que estão incompletas. Também por uma escolha da gestão municipal, priorizou-se organizar a rede readequando unidades de saúde da família já instaladas. Porém, no último Plano de Saúde 2010-2013 (PETRÓPOLIS, 2009a) está estabelecida a meta de implantar oito equipes de saúde da família. Em duas localidades já houve início do processo de implantação, uma no Bairro Quitandinha e outra no Morin.

Quanto à participação da população no processo de implantação das equipes de saúde família notamos que ainda é frágil. A opinião dos entrevistados remete que poucas unidades de saúde da família tiveram a influência da demanda por parte da população para a sua implantação.

" O desejo para implantação do PSF foi de cima pra baixo, do Estado para o Município, a população não tinha a menor idéia do que era o saúde da família."(C1)

" Inicialmente, priorizou-se as regiões que já tinham alguma organização, já tinham o posto os ACS...e também onde havia alguns médicos que faziam medicina comunitária...não houve demanda da população para implantar o PSF..."(C4)

" Poucas vezes foi um demanda da comunidade, por ação da associação de moradores." (C3)

" Eu não sei se algum presidente de associação de moradores solicitou no conselho de saúde , mas eu acho que nunca foi muito a população, foi mais a questão técnica no começo e depois a questão política." (C1)

As seguintes falas dos entrevistados reforçam a pouca participação comunitária neste processo de definição dos territórios para a implantação de unidades de saúde da família no município, sendo que muitas vezes reforçou-se uma demanda político partidária.

" Em algumas unidades houve uma demanda da população, em parcerias da associação de moradores com o vereador da área..." (C2)

" São utilizados critérios de vulnerabilidade sócio-econômica, dificuldade de acesso...algumas vezes implantou-se por demanda do candidato da área..." (C5)

" Acho que existe pouca influência da população na implantação de postos de saúde da família, pode haver demanda, mas ainda é pouco atendida... pode ser que agora com o fortalecimento do controle social no Conselho de Saúde isso aumente." (C6)

5.2.2.2 - Perfil de Implementação

→ *Processo de Trabalho da Supervisão da ESF*

A gerência do Departamento de Atenção Básica no município é composta por um diretor, sete supervisores técnico-gerenciais, duas supervisores da Assistência Social, uma supervisora da Saúde Bucal e um Setor de Informática.

Os supervisores técnico-gerenciais são os responsáveis pela supervisão do processo de trabalho das equipes. Os demais supervisores atuam em áreas específicas como podemos observar a partir dessas falas.

" O trabalho da supervisão de odontologia é fazer uma ponte entre a coordenação da odontologia com a Estratégia de Saúde da família através das equipes de saúde bucal inseridas nos postos de saúde da família... os supervisores de assistência social atendem a demandas da população, levantadas pela equipe, como demandas sociais, de benefício, de previdência, mas bem em cima mesmo de necessidades sociais muito emergentes, de famílias com graves problemas sociais, às vezes com a necessidade de envolvimento do Conselho Tutelar..." (C6)

"Os supervisores de assistência social fazem a orientação dos casos de cada equipe de problemas que demandam a assistência social... fazem a ponte com outras secretarias, com o Ministério Público e com os Órgãos necessários para resolver esses problemas específicos..." (C7)

O perfil da equipe técnico-gerencial, incluindo a diretora do Departamento de Atenção Básica, é de uma equipe multiprofissional, com dois grupos diferenciados em relação ao tempo de experiência de trabalho na supervisão. Quanto aos cargos ocupados anteriormente, observamos que todos, com exceção de uma supervisora, têm experiências em outros setores da AB ou mesmo da SMS, em cargos de gerência e supervisão. Tanto os tempos diferenciados de trabalho na ESF, quanto os diversos trabalhos em outros setores da AB e da SMS, agregam novos olhares e experiências à equipe técnico-gerencial da Atenção Básica no município. No quadro abaixo (quadro 5) está explicitado este perfil.

Quadro 5 : Perfil da Gerência do Departamento de Atenção Básica no Município

<i>Formação Profissional</i>	<i>Tempo de atuação na Direção do Departamento de AB</i>	<i>Cargo ocupado anteriormente</i>
Medicina	1 a 2 anos	Médica de Família e Supervisora da área médica da ESF
<i>Formação Profissional</i>	<i>Tempo de atuação na Supervisão da AB</i>	<i>Cargo ocupado anteriormente</i>
Enfermagem	5 a 9 anos	Coordenador do Departamento de Epidemiologia
Enfermagem	5 a 9 anos	Coordenadora de Programas de Saúde Pública da Divisão de Enfermagem
Psicologia	5 a 9 anos	Supervisora de Saúde Mental na ESF
Enfermagem	1 a 2 anos	Enfermeira do Programa de Diabetes
Enfermagem	1 a 2 anos	Diretor da Central de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da SMS
Fonoaudiologia	1 a 2 anos	Coordenadora do Programa do Idoso
Psicologia	1 a 2 anos	Supervisor de Saúde Mental na ESF

Fonte: Entrevistas com os supervisores e coordenadora da ESF.

No município, procurou-se desde o início da implantação da ESF estabelecer profissionais para supervisionar o trabalho das equipes de saúde, como nos reporta esta fala.

"A portaria da ESF fala da supervisão das ações dos agentes pelo enfermeiro. Não estabelece uma equipe de supervisão das equipes. O município, por conta dessa portaria estabeleceu alguns supervisores, que inicialmente eram enfermeiros..." (C8)

Segundo Papoula (2006), a principal dificuldade para a implantação do projeto do PSF/PACS foi a falta de concordância do então Conselho Diretor da Fundação Municipal de Saúde quanto à forma diferenciada de remuneração superior dos profissionais do PSF/PACS. A estratégia encontrada pela equipe de coordenação do programa para convencer o então Conselho Diretor da Fundação Municipal de Saúde e poder deslançar o PSF no município foi a de criar um incentivo financeiro para os profissionais (Gratificação de Desempenho e Produtividade). Esse incentivo foi instituído conforme a cobertura que os profissionais davam aos grupos de risco (gestantes, crianças menores de 5 anos, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, mulheres com exame preventivo do câncer cérvico-uterino atualizado e para os ACS incluiu-se também número de visitas domiciliares). Através da Resolução Municipal nº 011/99 de 23 de agosto de 1999, a equipe de supervisão também foi contemplada instituindo-se pagamento da gratificação de desempenho e produtividade aos profissionais que efetuam a supervisão do trabalho desenvolvido pelos ACS. Dessa forma houve um estímulo a permanência de uma equipe de supervisão na ESF.

Em 2003, a supervisão da ESF contava com cinco supervisores gerenciais, sendo todos profissionais de enfermagem, e com supervisores técnicos do trabalho específico das categorias profissional, os quais realizavam uma supervisão pontual: um odontólogo, um psicólogo, um pediatra, um ginecologista-obstetra e um clínico geral (SMS, 2003). Com as mudanças na gestão municipal foram ocorrendo modificações na supervisão, perdendo-se a supervisão técnico-profissional. Atualmente, há uma supervisão voltada para o processo do trabalho na ESF, a partir de uma equipe multiprofissional, havendo também uma supervisão específica da equipe de saúde bucal.

Quanto à forma de organização do trabalho da supervisão, ele é dividido por setores de acordo com as características do território: rural ou urbano e a proximidade entre as Unidades de Saúde. Cada supervisor é responsável por 7 a 9 equipes de ESF incluindo algumas de Atenção Básica tradicionais.

A rede municipal ainda não está de fato regionalizada segundo os critérios definidores de região de saúde¹¹, como podemos observar nas seguintes falas.

" Temos sete supervisores gerenciais, um em cada setor de supervisão, deveria ser região de saúde , mas nós não avançamos na regionalização da rede." (C1)

"...você tem também a questão da referência e da contra-referência, nós temos muita dificuldade de organizar a rede com as especialidades para dar suporte a essas equipes." (C4)

A estratégia de regionalização é uma diretriz organizativa cujos fundamentos legais vêm sendo definidos ao longo da história da Saúde brasileira. Pela Norma Operacional Básica são estabelecidas estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local (BRASIL, 2007).

Mas, apesar de não estarem efetivamente constituídas as regiões de saúde no município, os entrevistados colocam que vem sendo realizada uma reflexão no sentido de efetivá-las. Um problema apontado são os baixos salários da classe médica, levando à carência destes profissionais, o que fragiliza a integralidade do cuidado a partir da organização de um fluxo de referência e contra-referência definido por uma rede de Atenção Secundária bem estabelecida.

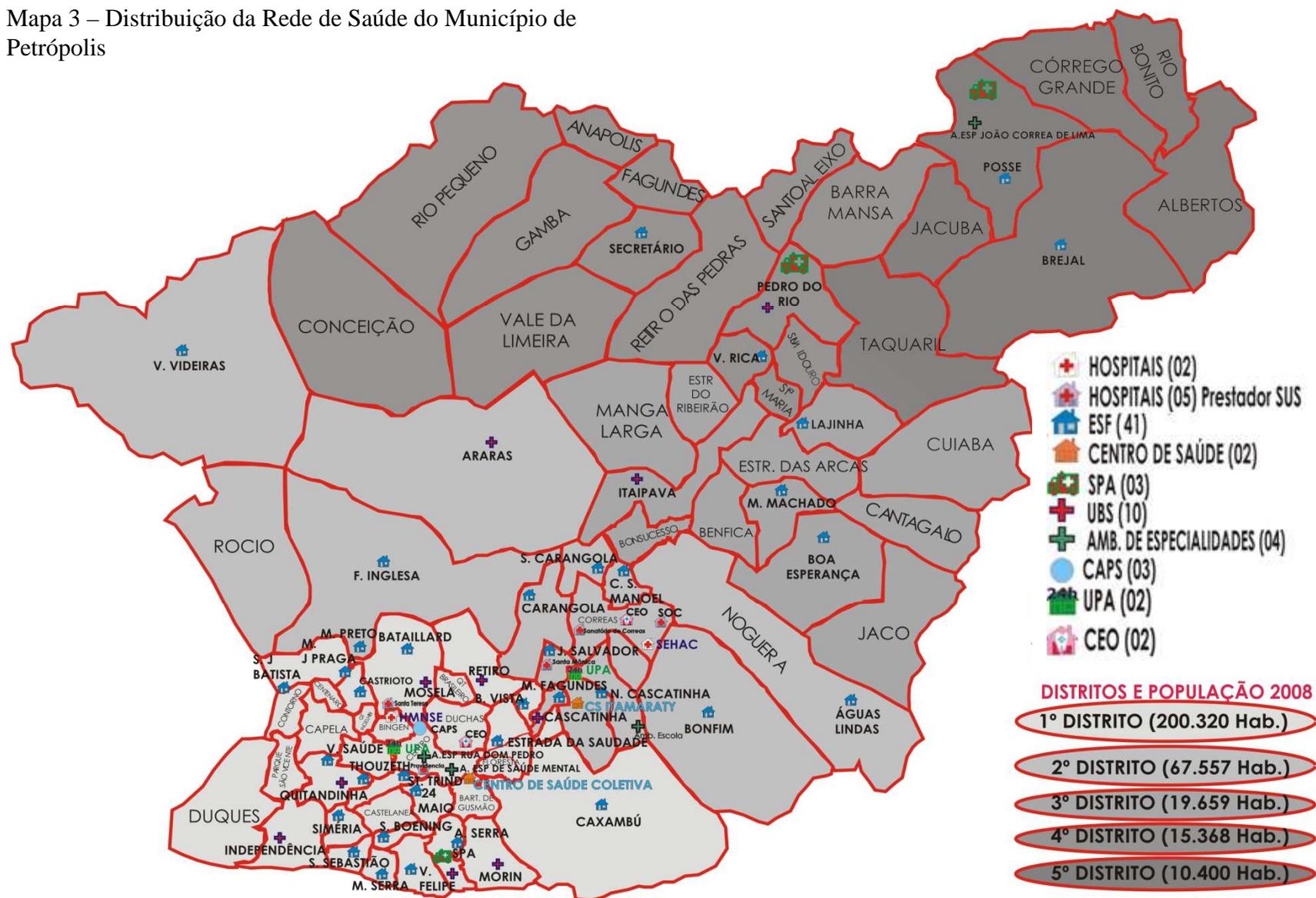
¹¹ São recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infra-estrutura, transportes e saúde.. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma "regionalização viva" da Assistência à Saúde (BRASIL, NOAS/SUS, 2001).

Como podemos observar na distribuição da Rede de Saúde Municipal (Mapa 3), o maior número de Unidades de Saúde da Família está no 1º e 2º distritos, os mais populosos, que agregam as 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 7ª regiões de saúde. A 5ª região de saúde engloba parte do 2º distrito e o 3º distrito. A 6ª região corresponde ao 4º e 5º distritos, de área predominantemente rural. O 1º, 2º e 3º distritos correspondem a áreas urbanas, com poucos bairros apresentando localidades rurais.

As ações que devem ser desenvolvidas pela supervisão estão estabelecidas nos documentos oficiais que traçam as diretrizes da ESF elaborados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998, 2006). No último Plano de Saúde Municipal (2010-2013) estão descritas as seguintes funções que competem à equipe de supervisão da ESF:

- setorização de áreas e micro-áreas;
- estruturação das unidades de saúde, com provisão de materiais e adequação da área física;
- avaliação do perfil dos profissionais;
- seleção e organização de treinamentos dos profissionais (curso introdutório à ESF);
- organização de treinamento dos profissionais iniciantes nas áreas básicas;
- acompanhamento do trabalho das equipes avaliando as ações e realizando o trabalho conjunto de planejamento do trabalho das equipes;
- organização do processo de Educação Permanente (PETRÓPOLIS, 2009a).

Mapa 3 – Distribuição da Rede de Saúde do Município de Petrópolis



Fonte: Setor de Informática/Secretaria de Saúde de Petrópolis – março de 2011

Porém, apesar dessas funções estarem definidas no Plano Municipal de Saúde, não está bem definido o processo de trabalho da supervisão para desenvolvê-las. Há uma concordância nas falas dos entrevistados sobre a dificuldade de padronização do processo de trabalho, principalmente no que se refere ao acompanhamento do trabalho das equipes.

“Quando eu fui trabalhar no PSF eu fiz esse questionamento para os supervisores que já estavam lá: existe um documento, alguma coisa que fale da minha competência?...alguma coisa que fale das minhas atribuições em relação a processo de trabalho da equipes, o que eu vou avaliar, quais são os resultados, como é a relação da supervisão com as equipes?... e aí não tinha.”
(C2)

“As atribuições dos supervisores não foram ainda bem padronizadas...nós não temos um espaço na agenda definido para discutir processo de trabalho...”
(C4)

“ Eu, quando cheguei na supervisão, eu queria conhecer, saber mais sobre o processo, o que eu iria estar gerenciando...tentei estudar, ler, ver se tinha alguma coisa já demandada, e aí não tive isso, uma capacitação...” (C5)

" Existe uma discussão pelos supervisores para se definir as atribuições do processo de trabalho, mas ainda não se conseguiu efetivamente implantar essas atribuições. Eu peguei experiências de outros supervisores, do processo de trabalho e procurei incorporar e fazer o meu próprio processo, já que as atribuições não estão bem definidas.”(C8)

Em abril de 2005, foi organizada uma oficina na busca do aprimoramento do processo de trabalho da supervisão, chamada “Supervisão com Visão”, com a duração de dois dias. Contou com a participação dos supervisores, de alguns profissionais das equipes contemplando todas as categorias profissionais (agentes de saúde, médicos, enfermeiros, odontólogos, agente técnico-administrativo), da coordenadora do Departamento de Epidemiologia, do coordenador dos postos de saúde da família conveniados com a Faculdade de Medicina de Petrópolis e de uma Professora da Faculdade da Serra dos Orgãos (Teresópolis), mestre em Psicologia.

Essa oficina gerou um documento escrito na tentativa de uma nova organização para o processo de trabalho da supervisão. Nele está estabelecida uma proposta para um padrão de supervisão a partir de atribuições gerenciais, administrativas, pedagógicas e suportivas do trabalho com as equipes. Dentre essas atribuições podemos citar: participar das reuniões comunitárias com as equipes; discutir e avaliar as propostas feitas pela Coordenação da

Atenção Básica; orientar quanto à organização estrutural da unidade de saúde (arquivo, agenda, acesso da população à unidade, exposição de materiais educativos); organizar o programa de educação permanente a partir da realidade das equipes. Mas, a partir das falas dos entrevistados, podemos observar que não se conseguiu implantar essa iniciativa, tendo essa oficina apenas gerado experiências positivas que auxiliam no processo de trabalho de alguns supervisores.

“Existe um direcionamento para as atribuições da supervisão a partir de uma oficina chamada Supervisão com Visão... mas isso ainda não conseguimos efetivamente implementar...” (C7)

“ Já fizemos uma oficina “Supervisão com visão”, para discutir e redefinir o processo de trabalho, mas ainda não conseguimos por em prática.” (C3)

“ A partir desta oficina eu acho que houve um crescimento do grupo, aí as equipes começaram a ver que a supervisão poderia ser diferente...o supervisor poderia ajudar a equipe no desenvolvimento, na organização do seu processo de trabalho...não somente olhando para o supervisor com um olhar de infraestrutura... essa oficina gerou um documento: Supervisão com visão...que fala das atribuições, das competências, com as reflexões... quando nós fizemos esse processo (a oficina), participaram 6 supervisores, hoje destes só tem 3... 3 saíram e 4 entraram...eles ainda não se aproximaram do documento...ainda não houve oportunidade de passar para eles...” (C2)

As opiniões dos entrevistados apontam que um grande problema para a implementação de projetos como o Supervisão com Visão são as mudanças de gestão. Como fica evidente nestas falas.

“A Supervisão com visão foi um projeto que a gente criou para padronizar o processo de trabalho da supervisão e das equipes, até virar um modelo...mas a minha grande crítica ao funcionamento da ESF, para que isso seja realmente uma proposta de mudança, é a política partidária dentro de política pública...se você não tem um gestor que compactue com a supervisão, não adianta a supervisão ter proposta, ela fica perdida...então para mim o grande problema da ESF é a descontinuidade de ações, de proposta e de visão pelo fator político.” (C2)

“O motivo da proposta da supervisão com visão não ter sido implantada efetivamente foi que a gente fez num governo e o outro não se interessou, a gente não consegue qualificar a supervisão, entraram novos supervisores, não foram qualificados, há uma descontinuidade do processo o tempo inteiro.”(C1)

Observa-se que não há espaço dentro da programação da equipe de supervisão para uma discussão mais aprofundada sobre o planejamento do processo de trabalho. Há, ao invés

disso, uma troca informal, recorrente, dentro das possibilidades de encontro entre os supervisores, o que fica claro a partir desta fala.

“ A gente [supervisores] tem uma sala em comum... a gente troca experiência o tempo todo ...enquanto equipe de supervisão, não é o ideal, mas a gente interage ...” (C1)

Isso favorece às práticas individuais dos supervisores, porém as experiências já vividas são sub-aproveitadas por não serem amplamente discutidas e registradas.

Apesar de haver reuniões semanais entre os supervisores e a coordenação, este é um espaço pouco aproveitado para uma reflexão sobre as práticas e para potencializar um planejamento coletivo do processo de trabalho no sentido do fortalecimento da ESF, como podemos observar a seguir.

“Há muito pouco tempo para se discutir processo de trabalho...nas reuniões da coordenação discute-se o que está acontecendo em cada região e sobre as necessidades mais urgentes... na verdade a gente vive apagando incêndio, porque é difícil você fazer um planejamento e dar conta desse planejamento...”(C7)

“A gente tem reuniões semanais com a coordenação, mas nesse momento, ao meu ver, não há muito espaço para discutir o processo de trabalho...temos reuniões pontuais onde já procuramos construir um planejamento, mas ainda não conseguimos concluir e por em prática.” (C5)

“...nas reuniões não existe uma troca de práticas, de conhecimento, existe uma troca só de demandas, sinto falta de nos reunirmos [os supervisores], para discutir e trocar experiências sobre o processo de trabalho...” (C2)

“ Nas reuniões discuti-se os nós críticos, as dificuldades gerenciais do dia a dia ... a gente vê que [a supervisão] esbarra muito na falta desse processo de trabalho estabelecido, efetivamente aprovado, e na grande dificuldade da estrutura da rede, do suporte administrativo que a gente tem que suprir.” (C8)

Outro grande problema apontado pelos entrevistados é a sobrecarga de incumbências dos supervisores, o que dificulta o processo de trabalho dentro da ESF. Isso mostra, claramente, que as mudanças nas práticas em saúde, como a proposta da ESF preconiza, esbarram na necessidade de mudanças institucionais, como podemos observar a partir destes relatos.

“ A estrutura organizacional do setor da AB não contempla as demandas que a gente tem... essa estrutura de um coordenador com os supervisores, mais um gerente administrativo e uma secretária não contempla o peso, toda a

demanda da Atenção Básica...existem diversas coisas que ficam meio perdidas... por exemplo, a gente tenta, a gente faz Educação Permanente, mas teríamos que ter uma pessoa mais direcionada para isso, não um ou dois supervisores que dividem toda a sua supervisão com [o planejamento] da Educação Permanente... tem que haver acompanhamento de portarias, de processos de verbas que vem do Ministério da Saúde, processos para compras ou para projetos para a Atenção Básica, que nós não conseguimos acompanhar...o trabalho é tão pesado, tão atropelado... esta estrutura organizacional não nos permite discutir processo de trabalho mais profundamente..." (C3)

" O supervisor deveria ser mais focado para o processo de trabalho das equipes, mas ele também tem uma parte administrativa grande, de material, de recursos, de gerência administrativa, não só técnica..."(C5)

" As atribuições dos supervisores técnico-gerenciais vão desde a lâmpada que queimou à orientação da equipe no sentido técnico da estratégia, passam pelo cuidado do espaço físico como questões de reforma de prédio, renovação de aluguel, mobiliário, recursos instrumentais, ao contato com a população...é muito amplo, passa também pela Educação Permanente..." (C7)

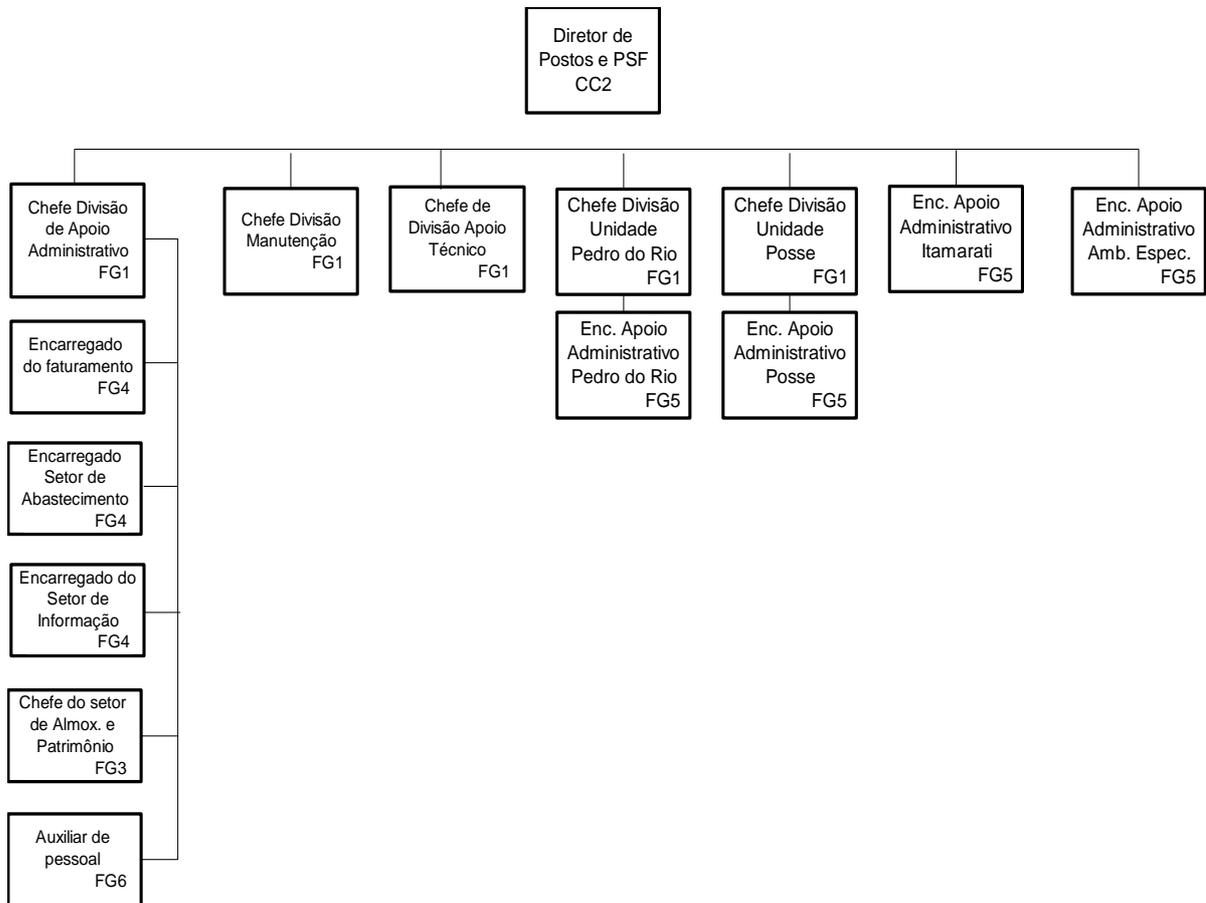
"A supervisão tem uma sobrecarga muito grande de ações, até por não haver um setor de planejamento, muitos dos supervisores participaram da formulação do último plano de saúde, da programação anual, isso ocupou muito o nosso tempo e vem dificultando nosso trabalho de supervisão, devido a sobrecarga de atribuições." (C8)

Na opinião dos entrevistados, existe uma necessidade de definição das atribuições do papel da supervisão na ESF no município. Segundo a portaria do MS (BRASIL, 2006), na proposta municipal de implantação e expansão da ESF deve estar definido o processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes. Esta diretriz vem de encontro a reflexão dos supervisores no município sobre a necessidade de um planejamento do processo de trabalho que seja voltado para o acompanhamento e desenvolvimento conjunto do trabalho das equipes de saúde da família. Para isso é preciso que este papel esteja bem definido. Segundo a fala de um entrevistado,

"No organograma da secretaria municipal de saúde não está contemplada a supervisão da Atenção Básica." (C8)

Porém, ao analisarmos o último organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS, 2003), verificamos a presença de uma Divisão de Apoio Técnico, uma Divisão de Apoio Administrativo e uma Divisão de Manutenção, ligadas a Diretoria dos Postos de Saúde e PSF, como está demonstrado no Quadro 6.

Quadro 6 : Organograma da Secretaria Municipal de Saúde – Setor: Diretoria de Postos e PSF (PETRÓPOLIS, 2003).



Verificamos que há uma Divisão de Apoio Técnico, onde deve estar inserida a supervisão da AB, sendo as funções de manutenção e administração dos postos responsabilidade de outros setores. Seria interessante que os supervisores apresentassem uma proposta à gestão da SMS sobre a composição da equipe, atribuições e planejamento do processo de trabalho desta Divisão de Apoio Técnico, a qual já está instituída pelo organograma municipal.

→ *Critérios de escolha dos profissionais para o trabalho na ESF*

Quanto à escolha dos supervisores, não existem critérios definidos. Normalmente são indicados pela diretoria, por algum supervisor, cabendo a decisão à gestão. Pelo perfil da equipe de supervisão atual, podemos observar que prioriza-se quem já tem alguma experiência na Atenção Básica, à nível central. Não há uma capacitação para o trabalho da supervisão como observamos a partir desta fala.

“Não tem um treinamento para a supervisão...o supervisor deveria ter capacitação e perfil para trabalhar na ESF... “ (C3)

Observamos a necessidade de estímulo, por parte da gestão, para a realização de capacitações para os supervisores a fim de fortalecer um processo coletivo de construção do trabalho na supervisão, como nos reporta esta fala.

“ O que nos ajudou muito foi o Curso de Facilitadores em Educação Permanente ... foi um processo muito rico, de muita reflexão ... foi um curso feito à distância pela Fiocruz, com parte presencial no Rio, todos os supervisores fizeram na época ... dos que estão atualmente, alguns não fizeram ... eu entendo que a coordenação também tem uma responsabilidade sobre isso, ela pode estar fragmentando esse processo, esse olhar, ou pode também estar fortalecendo e induzindo o processo... essas capacitações às vezes se tornam um esforço individual do supervisor...” (C2)

Na Política Nacional da Atenção Básica está definido que compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2006). Portanto estimular e dar condições para a qualificação da equipe de supervisão vem de encontro a essas competências, mas como podemos observar, no município não está estruturado um processo de qualificação para o trabalho da supervisão na ESF.

Quanto aos critérios de escolha dos profissionais para compor as equipes de saúde da família, é consenso entre os entrevistados que a seleção já foi mais cuidadosa. No documento municipal chamado “Instrumento de implantação do Programa de Saúde da Família” (COASA/SMS, 1997) estão descritos os seguintes critérios de seleção dos profissionais para as equipes de PSF:

- Primeiramente, deverá ser oferecido a todos os profissionais que já integram a rede o ingresso no Programa, desde que estes profissionais estejam inseridos no perfil determinado (qualificação técnica; identificação com os objetivos do trabalho; noções básicas de epidemiologia; noções básicas de administração da unidade de saúde),
- será dada preferência aos profissionais que já atuem nas comunidades selecionadas há mais de um ano, sendo que os profissionais com maior tempo de casa terão prioridade,
- para as vagas não preenchidas por profissionais da rede será aberto concurso para outros profissionais, com prova, análise de currículo e entrevista,
- o profissional deverá residir no município de Petrópolis, podendo haver exceção para as comunidades que ficam mais próximas de outros municípios do que do centro de Petrópolis,
- a seleção dos agentes comunitários de saúde será feita conforme as normas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, segundo o que está descrito na Portaria N° 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Esta Portaria aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família e determina que o ACS deva ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, 1997).

Em 2003, foi elaborado pela SMS o “Projeto de Ampliação do Programa de Saúde da Família em Comunidades do Município de Petrópolis” onde se instituiu um processo seletivo mais detalhado para a escolha de profissionais. Para a escolha de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, foi determinada a realização de análise curricular, avaliação escrita e entrevista. Na análise curricular foi priorizado formação em clínica geral, pediatria, tocoginecologia, saúde coletiva, medicina geral e comunitária, e medicina de família e comunidade, para o profissional médico. Para o enfermeiro foi priorizado formação em saúde pública e/ou saúde materno infantil. E para o auxiliar de enfermagem priorizou-se experiência em trabalho comunitário e em equipe. Não foram determinados critérios para escolha da equipe de saúde bucal. Quanto aos ACS, foram incluídos os seguintes critérios: carta de apresentação atestando residência e boa conduta de alguma instituição da área (igreja, associação de moradores, direção de escola); experiência prévia em trabalho comunitário; curso de formação em ACS; preferencialmente 1º grau completo de escolaridade. Essa nova diretriz para a escolaridade segue a Lei nº 10.507/2002 para o exercício da profissão de ACS, que estabelece que o agente de saúde deva ter o nível de ensino fundamental completo.

Vale destacar a necessidade de carta de referência de boa conduta para o agente comunitário de saúde. A experiência prévia com trabalho comunitário não seria a melhor referência para o trabalho proposto? A carta de boa conduta não é uma forma de diferenciar o agente dentro da equipe?

Na opinião dos entrevistados esses critérios não estão sendo mais seguidos para a maioria dos profissionais, principalmente médicos, como verificamos nas seguintes falas.

"No início havia uma avaliação escrita e uma entrevista para avaliar o perfil do profissional... O médico passava pela entrevista com a supervisão médica e enfermeiro com a equipe de enfermagem, e ainda havia, para todos os profissionais uma conversa com o psicólogo... esses critérios não se mantiveram porque com o crescimento da ESF nós passamos a ter dificuldade de ter profissionais médicos, e com a grande cobrança da população entra quem chega..." (C4)

"Existem critérios que até 2008 eram mais ou menos respeitados, a partir da falta do profissional médico acabaram-se os critérios..."(C1)

"...existem critérios até em documento que nós fizemos, mas não está sendo utilizado devido a falta de médico..."(C3)

"Atualmente não existem critérios bem definidos para seleção dos profissionais, principalmente para médicos e até mesmo enfermeiro procura-se avaliar minimamente o perfil... para o agente de saúde existe uma seleção mais definida, seguindo os critérios do Ministério... antigamente a seleção era mais criteriosa..." (C5)

Quando foi realizado o trabalho de campo desta pesquisa, oito equipes estavam sem o profissional médico. Há uma grande rotatividade de profissionais, já que os mesmos para suprir essa carência, são contratados temporariamente por não serem concursados. Isso leva a um desgaste do processo de trabalho da equipe, com prejuízos diretos à população, como observamos neste depoimento.

"Até 2008 os profissionais eram concursados, a partir daí, devido a falta dos profissionais médicos, foram feitos contratos temporários, após 1 ano eles tinham de ir embora, isso foi horrível, destruiu relação de equipe, destruiu relação com a comunidade...a gente tem uma comunidade hoje, que não aceita outro médico lá, ela tinha um médico que ela adorava, depois que ele foi embora não fica mais ninguém, eles não aceitam outro médico... criaram um vínculo com ele e com o perfil que ele tinha... não aceitam lá por exemplo um médico só clínico, que entre lá e vá atender... a própria comunidade, com essa questão do rodízio vai criando critérios...é muito legal isso... essa escolha da comunidade é fantástica, mas a comunidade é obrigada a aceitar o que vem." (C1)

Um fator de grande peso para essa rotatividade de profissionais, principalmente médicos, é a questão da inadequada remuneração, como fica evidente nesta fala.

"Precisa ser revista a questão da remuneração, o incentivo em Petrópolis não é incorporado ao salário, em outros municípios já é... se você sai de licença médica você perde o incentivo, se se aposenta perde... isso tem que ser revisto, porque vai dar maior fixação desses profissionais." (C8)

Quanto à escolha de ACS, em 2010, houve uma seleção pública que seguiu critérios definidos, realizada pela Fundação Municipal de Saúde, sendo os agentes contratados em regime de CLT, como nos reporta as falas destes entrevistados.

"Para ser ACS tem que ter mais de 18 anos, morar na comunidade há algum tempo...há uma seleção pública para ACS, que não é concurso, por que eles vão ser admitidos através da Lei da CLT... eu participo da comissão da seleção pública, a gente fez assim, tem a prova com questões objetivas e subjetivas, quem alcançar uma nota 7 será chamado para o curso introdutório realizado pelo Departamento de Atenção Básica ... esse curso introdutório vai ser também uma avaliação, a média dele final vai ser após o curso... nesse curso introdutório terão vários tipos de avaliação, quantitativas e qualitativas, para chegar próximo ao perfil de um agente comunitário..."(C1)

"Na última seleção dos ACS, além da prova, o desempenho no curso introdutório também foi utilizado para a classificação dos ACS."(C8)

Todas as vagas oferecidas para ACS nesta seleção foram preenchidas, estando o processo de contratação em fase de finalização, minimizando grandemente o déficit desses profissionais na rede.

Como descrito, os agentes serão contratados em regime de CLT, sendo o profissional da equipe que não tem garantia de estabilidade. Vale destacar que não mais está sendo solicitado carta de referência de boa conduta ao agente de saúde.

Há também falta de auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais nas equipes de saúde da família, além de auxiliares de enfermagem substitutos.

"Existe uma grande falta de auxiliar administrativo ... hoje é feito pelo rodízio entre os agentes comunitários..."(C1)

"Faltam também auxiliares de serviços gerais fixos em algumas equipes, as equipes dividem...faltam também auxiliares administrativos em várias equipes, aí os agentes se revezam para cobrir... isso é um complicador sério... enfermeiro não falta e auxiliar de enfermagem deveria ter feriante

[profissional para substituir outro que está de férias] para cobrir, mas não tem..." (C3)

O fato dos agentes de saúde suprirem a falta de auxiliares administrativos prejudica o trabalho dos agentes, pois os mesmos têm menos tempo para realizar as visitas domiciliares e suas outras atividades, além de ficarem expostos na recepção a demandas que não podem resolver. Isso muitas vezes leva a problemas no trabalho junto à população de suas microáreas. Por exemplo, a comunidade pode achar que os agentes têm a possibilidade de conseguir consultas por estarem na recepção, ou que estão privilegiando pacientes de outras microáreas, por não entender que estes podem ter necessidades mais urgentes. Além disso, eles têm menos tempo para realizar visitas domiciliares.

→ *Atribuições e Avaliação do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família*

A ESF preconiza um período inicial para o processo de capacitação da equipes chamado de treinamento introdutório. Está descrito no documento Saúde da Família: uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial (BRASIL, 1997, p.32-33) que “o período introdutório do processo de capacitação deve prever a integração das equipes e a compreensão do objeto de trabalho dos profissionais” e mais adiante “É importante ter a consciência de que o treinamento introdutório não abrange todas as carências, devendo traduzir-se como uma inauguração do processo de educação continuada, que sistematizará as necessidades de informação e capacitação das equipes.”

Quanto às atribuições do processo de trabalho das equipes de saúde da família no município, foi consenso entre os entrevistados que sempre procurou-se seguir as normatizações do Ministério da Saúde, passando-se essas atribuições para as equipes nos Curso Introdutório.

" Existe um planejamento... eles tem que trabalhar dentro dos ciclos de vida, então existe o protocolo do hipertenso, do diabético, da criança, do adolescente ...a gente usa todos os protocolos dos programas do ministério.. nós temos uma agenda [de trabalho] comum a todas as equipes, para atender criança, adolescente, adulto, idoso, ter um turno para EP, um turno para reunião e um turno para VD... essa agenda é comum a todos... tem também grupos..." (C1)

" As atribuições do trabalho das equipes são em cima da Política da Atenção Básica de 2006, que é a mais atual, mas a gente sempre seguiu o que o Ministério normatiza...isso é passado para as equipes no Introdutório, nós terminamos 2008 com todos os profissionais de todas as equipes tendo

realizado o introdutório...só que existe uma rotatividade muito grande de profissionais, principalmente médicos, e a gente não tem pernas para estar fazendo [com grande frequência] esse introdutório, por que ele no mínimo é de 40 horas..." (C3)

"A gente procura seguir as atribuições prescritas pelo Ministério... a gente segue o modelo antigo com algumas modificações, fazer o atendimento da criança, da mulher... dos programas, manter a educação permanente, educação em saúde através de grupos...e tentar trabalhar a realidade local, como na área rural o uso de agrotóxicos..." (C4)

Segundo a PNAB (BRASIL, 2006, p.8) as equipes de saúde da família, devem “*atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população.*” Porém, através das entrevistas fica claro que as equipes, prioritariamente, seguem o trabalho nos programas de saúde direcionados a doenças e a grupos específicos, e à assistência.

"Eu acho que prioritário no trabalho das equipes são os grupos de risco, os programas... até porque quando as primeiras equipes começaram, eles vieram com muito sede de estar transformando aquelas situações que eles encontravam, e que dependiam de ações intersetoriais, e eles bateram com a cara na porta, porque a gente nem tinha essa idéia, ninguém tinha e até hoje não tem, que tem que preparar, tem que haver uma política no município para o Saúde da Família, de trabalhar território, com as diversas secretarias lá, não só a saúde..."(C3)

"Principalmente se trabalha os programas... cada vez tem mais programas e a equipe tem dificuldade para se dedicar a atividades com a comunidade..." (C4)

"Na verdade essas atribuições são muito em cima da assistência, dos programas..." (C2)

"Nas minhas equipes eu vejo que é priorizado o atendimento da demanda e dos grupos de risco, como gestante, mulher, criança, os programas... realizam também, dependendo da equipe, atividades coletivas, como: grupo de caminhada, grupo de mulheres, grupo de tabagismo, grupo de capoeira com a escola." (C5)

"Eu acho que trabalham mais com grupo de hipertensos e diabéticos, gestantes, os programas... alguns, mais criativos, criaram grupo de judô para crianças com a escola, grupo de homens, grupo de caminhada... fora disso é o atendimento clínico...realizam também, não tão frequente, atividades coletivas, como passeio com idosos, reunião com a associação de moradores." (C7)

"As equipes trabalham mais com hipertensão, diabetes, ou seja, todos os programas de forma geral... as equipes também trabalham sobre pressão, eu vejo que as equipes trabalham muito os programas... poucas equipes desenvolvem atividades coletivas que levem a uma maior interação com a população de forma permanente, normalmente são atividades mais pontuais..." (C6)

"Trabalha-se ainda muito na lógica da assistência, pouco na promoção e na prevenção..."(C8)

Podemos observar também, que apesar de haver um estímulo por parte da supervisão para a realização do diagnóstico da situação de saúde no território pelas equipes de saúde da família, ele não está sendo trabalhado de forma continuada, nem é avaliado sistematicamente pela supervisão.

"Poucas equipes trabalham com o planejamento no território, depende do perfil da equipe, depende da supervisão, depende da coordenação, da programação, de mapas, de capacitação..." (C2)

"A gente cobra o básico, mas cada equipe pode adaptar a sua realidade ao seu território, e em cima disso ela cria estratégias... a programação é em cima de um diagnóstico local, é lógico que algumas equipes são mais avançadas, tem um aprofundamento maior e outras mais superficiais, tem um aprofundamento menor por serem equipes mais novas... existe um estímulo para que a equipe adapte suas ações em cima do diagnóstico local..." (C1)

No relato anterior, quando o entrevistado fala "a gente cobra o básico, mas cada equipe pode adaptar a sua realidade ao seu território...", nos perguntamos, se esse "básico" já não demanda grande tempo de trabalho da equipe e se é suficiente para a realização do diagnóstico de saúde no território.

Na ESF no município, a partir das entrevistas, observamos que existe necessidade de maior empenho para esse diagnóstico de saúde, o que é influenciado pelo perfil dos profissionais, pelo processo de Educação Permanente e pela avaliação do processo de trabalho.

"Todas as equipes fazem o introdutório, que é muito importante para compreender o trabalho na ESF... no introdutório poderia ser melhor trabalhado a questão do diagnóstico do território... segue-se a orientação do conteúdo dado pelo ministério...inicialmente elas fazem o diagnóstico pelo cadastro das famílias, fazem um mapa, mas esse mapa desbotou, ou seja, num primeiro momento ele foi utilizado agora fica pendurado lá na parede..."(C2)

"Eu, particularmente, estimo o trabalho de reconhecimento do território nas minhas equipes, mas acho que elas ainda não tem esse olhar, por isso eu acho que tem muito de perfil [do profissional] e é muito difícil ter perfil para o saúde da família...tem que existir uma educação permanente o tempo todo voltada para isso...não sei se isso está sempre sendo estimulado pela supervisão..." (C3)

"As equipes mais antigas têm mais noção das suas atribuições, as mais novas estão pegando o processo mais atropelado, não houve uma capacitação..." (C5)

Em relação aos instrumentos utilizados pelas equipes para a realização do diagnóstico da situação de saúde, as entrevistas apontam que prioritariamente utilizam-se as fichas do SIAB. Quanto ao mapa, já foi utilizado inicialmente, porém é pouco renovado. A sua utilização depende do perfil da equipe.

"... faltam instrumentos...a ficha A¹² é aquela que eu faço no começo do diagnóstico, fala da questão educacional de saneamento básico, de população, faixa etária...só que aquela ficha A depois fica parada...o SIAB nos dá números...quantos curativos, quantas injeções, quantos preventivos, quantos hipertensos, quantos diabéticos que atendi, quantos morreram, quantos nasceram..." (C2)

"O instrumento que eles mais utilizam é o SIAB, já fizeram o mapa, mas não utilizam mais." (C1)

" Para fazer o diagnóstico de saúde no território, as equipes utilizam o SIAB, poucas utilizam o mapa, praticamente ele não é atualizado... o mapa é um instrumento de ajuda para a equipe quando a equipe tem o olhar para o diagnóstico de saúde no território, quando ela tá focada nisso, de estar olhando o mapa, de estar discutindo os indicadores, de estar atualizando o diagnóstico... poucas equipes tem esse olhar..."(C3)

"Algumas equipes utilizam o mapa, ele é de ajuda..."(C4)

"As equipes têm dificuldade para realizar este diagnóstico, ele deveria estar sempre sendo feito, pois a situação muda, mas eles não têm noção.. eles usam o SIAB, o mapa não é utilizado, não é renovado, fica pendurado na parede...até pela dificuldade de se conseguir mapas das áreas..." (C5)

"As equipes realizam o diagnóstico de saúde no território não de forma precisa, através do SIAB...o mapa já foi utilizado, mas não é renovado...não sei se utilizam algum outro instrumento ." (C6)

¹² Ficha A – é uma instrumento de coleta de dados para o cadastramento das famílias realizado pelos ACS.

“utilizam o SIAB, o SIA-SUS e o mapa, que eu acho que está sendo renovado...”
(C7)

"Utilizam o SIAB, o mapa é muito pouco utilizado, não é atualizado." (C8)

Outros instrumentos como o SIA-SUS¹³ e as fichas dos programas, como o HiperDia¹⁴, são preenchidos e enviados para a SMS, mas não há retorno das informações consolidadas para equipe, de forma sistemática. Informações sobre internações, só as padronizadas pelo SIAB retornam para as equipes. Por isso é difícil traçar um perfil das internações da população adscrita das Unidades de Saúde da Família, como observamos nesta fala.

" Tem também as fichas do Hiperdia...mas essas informações ficam para os programas... a gente ainda não trabalha em rede de computadores...então a gente não tem acesso, a não ser que você queira fazer um trabalho específico, aí você vai lá e pega esta informações... tem o SIGAB [SIA-SUS], que gera o perfil de todos os atendimentos, porém não há muito retorno para as equipes... as informações que vão para a Epidemiologia, como dados sobre internações, a gente não tem o menor retorno a gente só usa [essas informações] se a gente precisar... informação da Epidemiologia só é repassada, por exemplo, em campanhas de vacinação, em situações emergenciais como o H1N1...o nosso sistema de informação não é em rede, ele é segmentado." (C1)

Poucos supervisores citaram outros instrumentos de sistematização de informações que as equipes utilizem para o diagnóstico local, como podemos citar.

" Eu tenho uma equipe que criou um instrumento de sistematização de informações sobre o diagnóstico de saúde, um cadastro com o levantamento de todas as mulheres com mamografia em dia, mas é uma equipe diferenciada." (C3)

" Uma equipe criou agora uma ficha de acompanhamento de visita domiciliar do agente de saúde, é uma idéia que eu estou pensando em levar para as outras equipes ..." (C8)

¹³ O SIA-SUS (Sistema de Informação ambulatorial - SUS) é o sistema que processa toda a informação de produção ambulatorial da Atenção Básica e Especializada do SUS. Este sistema consolida a informação ambulatorial para disseminação posterior pelo DATASUS, além de gerar o valor para pagamento da produção ambulatorial (BRASIL, 2010c).

¹⁴ O Sistema HiperDia tem por finalidades permitir o monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes mellitus, e gerar informação para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (BRASIL, 2002).

Quanto à participação dos supervisores nas atividades da equipe, se dá normalmente nas reuniões de equipe, dentro da disponibilidade de carros da secretaria para levá-los, como extraímos desses depoimentos.

“ Para ter acesso as equipes a gente tem carro ... a gente tenta estar nas reuniões de equipe, a gente tem uma agenda, e essa agenda é compatível com os dias da reunião da equipe.”
(C1)

“...mais frequentemente participo das reuniões de equipe, pelo menos vou as equipes uma, duas vezes ao mês.” (C2)

“Eu procuro ir às minhas equipes uma vez por semana nas reuniões de equipe, para até ajudar nas demandas...” (C5)

“Eu estou com as equipes uma vez por semana, em um período de trabalho, normalmente nas reuniões de equipe. Quando não consigo ir neste dia, procuro compensar em outro dia.”
(C7)

“ Eu vou toda semana às equipes, se não ocorrer nenhum imprevisto que leve à falta de carro, no momento das reuniões de equipe.” (C8)

Alguns supervisores procuram participar de atividades coletivas realizadas pela equipe. Porém, observamos a partir das falas que está participação não é homogênea entre os supervisores.

“Eu procuro participar de outras atividades da equipe, não posso falar no plural, mas eu procuro participar... reunião na comunidade, algum evento na comunidade...”(C1)

“Procuro participar das atividades comunitárias, grupos com a população que as equipes realizam, além das reuniões, porém depende muito da disponibilidade de carro da secretaria... participo das campanhas de vacinação...” (C2)

“Não é frequente, mas eu procuro participar de outras atividades, além das reuniões de equipe... por exemplo, teve uma equipe que promoveu um encontro coletivo sobre reaproveitamento de alimentos, aí eu vou para acompanhar o trabalho da equipe e até para prestigiar a equipe..”. (C3)

“Participo muito pouco de outras atividades das equipes, eventualmente eu vou num grupo de hipertensão e diabetes, de planejamento familiar...” (C6)

Seria importante uma maior participação da supervisão nas atividades coletivas desenvolvidas pela equipe, pois não há instrumentos de registro e avaliação para essas atividades, como nos remete a fala seguinte.

" Não há registro do conhecimento gerado pelas práticas coletivas com a comunidade..." (C2)

A participação do supervisor nessas atividades, deveria ser a de estimular na equipe uma discussão conjunta, avaliando a metodologia, os objetivos, a participação da comunidade e o conhecimento local gerado.

Em relação à avaliação do trabalho das equipes pela supervisão, verificamos, a partir desta fala, que já houve iniciativas de padronização desta avaliação.

" Houve iniciativas de sistematizar uma avaliação do trabalho das equipes: a 1ª na época da implantação até 2000, que era mais para garantir o incentivo das equipes, utilizava indicadores quantitativos de atendimentos e gerava uma gratificação por desempenho e produtividade, de acordo com o percentual atendido de cada grupo específico. A 2ª durou menos de um ano, e baseava-se também em indicadores quantitativos de atendimento, avaliação de assiduidade, pontualidade... e a 3ª foi o AMQ¹⁵, que era totalmente diferente das outras..." (C1)

Os indicadores quantitativos utilizados nas duas primeiras formas de avaliação baseavam-se nos indicadores sistematizados no SIAB, e esta avaliação era a forma de garantir o incentivo às equipes. Mas uma vez observamos a necessidade das mudanças institucionais, neste caso representada pela necessidade de mudar a forma racionalizadora de avaliação para a efetiva mudança das práticas em saúde. Observamos que no município a primeira avaliação foi o que seria possível realizar para garantir o incentivo dos profissionais, de forma a convencer os gestores, como está descrito abaixo.

“ A estratégia encontrada pela equipe de coordenação do programa, para convencer o então Conselho Diretor da Fundação Municipal de Saúde, e poder deslanchar o PSF município, foi a de criar um incentivo financeiro para os profissionais (Gratificação de Desempenho e Produtividade), conforme a cobertura que estes davam aos grupos de risco (gestantes, crianças menores de 5 anos, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, mulheres com exame preventivo do câncer cérvico-uterino atualizado e para os ACS incluiu-se também número de visitas domiciliares)” (Papoula, 2006, p.43).

¹⁵ AMQ –Avaliação para a Melhora da Qualidade na Estratégia de Saúde da família. Consultar o Capítulo3 desta dissertação no item que discorre sobre a Estratégia de Saúde da Família.

Dessa forma, não foi valorizada na avaliação uma nova prática, incluindo por exemplo as VDs dos demais profissionais da equipe assim como práticas coletivas com a comunidade.

Foi consenso entre os entrevistados que, atualmente, a avaliação é baseada principalmente nos indicadores presentes nos consolidados do SIAB. Todo mês estes consolidados são entregues à supervisão. Não de forma homogênea, os supervisores o analisam e discutem alguns indicadores de maior relevância com a equipe.

“A gente avalia o trabalho através do SIAB... não existe um critério de avaliação além do SIAB... fora o SIAB, fica uma avaliação subjetiva sem avaliar resultados... a gente não tem como avaliar grupo de promoção, nem de prevenção, nem trabalho dentro da escola, a gente não consegue avaliar porque a gente não conseguiu ainda ter uma equipe de supervisão capaz de se dedicar a isso, por que a nossa sobrecarga também é muito grande.” (C1)

“ A gente tem o SIAB, todo ano eu pego o SIAB e o SIA-SUS e faço alguns indicadores quantitativos de avaliação, fora que mensalmente, você está avaliando o SIAB, que é o que vem na sua mão... esse ano eu não consegui sentar com as equipes juntas e passar esta avaliação [anual], porque a gente estava participando do Plano de Saúde, do Planejamento Anual, do Relatório de Gestão...eu sempre avalio os consolidados do SIAB, mas só discuto com as equipes quando tem algum indicador demonstrado uma baixa cobertura, óbito infantil, muito casos de AVC, aí eu vou e discuto...acho que os supervisores não discutem sempre o SIAB com as equipes.” (C3)

“A avaliação é em cima do SIAB, do fechamento do SSA2¹⁶ e do PMA2¹⁷, eu discuto com as equipes os indicadores, mas eu acho pouco... não há outros instrumentos para avaliação.” (C6)

“ Eu olho o consolidado do SIAB, mas não dou muita atenção, devolvo para a equipe, mas discuto muito pouco os indicadores.” (C7)

“ Eu discuto os dados do SIAB com as equipes, não uso outros instrumento.” (C8)

¹⁶ Os Relatório SSA2 consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área. Os dados para o seu preenchimentos são provenientes das Fichas A, B, C e D e referem-se às microáreas de uma mesma área (BRASIL,2003).

¹⁷ O Relatório PMA2 consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças.e/ou de situações consideradas como *marcadoras*, por área de abrangência da unidade de saúde. *Os dados necessários ao seu preenchimento são constantes das Fichas D e dos Relatórios SSA2 (BRASIL, 2003)*

Também podemos observar nas entrevistas, que não parece ser realizado uma auto-avaliação do processo de trabalho pelas equipes, estando esta avaliação sempre ligada à presença do supervisor.

"Eu acho que a equipe não tem essa prática [de discutir o SIAB], como eles sabem que a supervisão tem um calendário, eles sempre ficam esperando a supervisão para fazer isso..." (C4)

"As equipes não estão avaliando seu processo de trabalho, elas trabalham muito em cima da produtividade...o supervisor deveria estimular mais esta avaliação pela equipe...isso ocorre também porque temos outras funções dentro da secretaria, e isso atrapalha muito, você não consegue se dedicar." (C3)

Também na opinião dos entrevistados, o SIAB é um instrumento limitado para a avaliação do processo de trabalho da equipe e para o diagnóstico de saúde no território. Isso se deve ao fato do SIAB estar principalmente baseado em dados quantitativos e em dados de produção, ou seja, quantidade de “doentes”, atendimentos e procedimentos. Além do SIAB, só dois supervisores relatam usar para avaliação do trabalho das equipes o SIA-SUS, porém não de forma frequente. E citam também uma avaliação subjetiva.

" Quanto ao atendimento do auxiliar de enfermagem, o SIAB não tem muita coisa." (C3)

" Pelo SIAB não se tem como avaliar práticas coletivas da equipe, só reuniões... reunião é quando somente o agente comunitário de saúde faz esse trabalho coletivo com a comunidade, se a equipe faz nem entra ali no SIAB..." (C4)

" A avaliação sobre o [diagnóstico] do território, além do SIAB, é subjetiva, vai de acordo com o olhar do supervisor e da equipe."(C1)

"... o resto é uma avaliação muito subjetiva procuro ver, por exemplo, se a equipe é coesa."(C5)

" Eu acho que o maior critério que se tem é ouvir a população... eu não vou no posto só no horário das reuniões de equipe, eu passo também em outros horários e converso com a população no posto, com a associação de moradores, com a professora da escola e faço uma avaliação que é muito pessoal." (C7)

Este último, foi o único relato a incluir no processo avaliativo a participação da população, ainda que seja de uma forma subjetiva e não conjunta com a equipe.

Quanto à AMQ, que já foi utilizada no município para avaliação do processo de trabalho na ESF, as opiniões dos entrevistados mostram que Petrópolis foi um dos pólos para a implantação deste projeto pelo MS em 2005. Porém não houve continuidade. O próprio MS não incentivou a continuidade desta proposta.

" Nós fomos pólo para a AMQ, a gente começou a construir a AMQ em Petrópolis em 2006, daí surgiu a AMQ como processo de trabalho, era uma proposta do ministério, a gente implantou em todas as equipes, a gente respondeu a 1ª e 2ª fases, na terceira a gente se perdeu..." (C1)

"... a AMQ abriu um pouco o olhar , quando falava da promoção da saúde, da prevenção de agravos, da intersetorialidade, não falava só relativo a questão programática, abriu um pouco para a vigilância da saúde...nesse processo de se auto-avaliar eles (os profissionais) abriram o olhar sobre o processo de trabalho... foi o único município do estado que fez três anos de AMQ, mas o ministério por algum motivo, não priorizou a AMQ, agora parece que vai voltar..." (C2)

"... a AMQ não teve continuidade... foi devolvido para as equipes os níveis em que elas estavam no processo de trabalho, como por exemplo na saúde do idoso, se estavam no nível elementar, avançado...e aí tinha um plano de ação que tinha que ser trabalhado, o supervisor tinha que estar trabalhando muito focado no processo de trabalho da equipe...mas o supervisor peca por não trabalhar indicador, tinha que haver uma avaliação do supervisor, ele tinha que ser avaliado..." (C3)

"...dentro da AMQ tinham , por exemplo, padrões relacionados aos ciclos de vida, e nos tentamos induzir para que a equipe comesse a olhar o seu processo de trabalho , fazendo uma avaliação em relação aquilo que foi proposto [pela AMQ]...por exemplo, ali falava sobre criança ,mulher, idoso, promoção da saúde, prevenção de agravos, trabalhar com a comunidade..." (C2)

Observamos, a partir das opiniões colhidas, que a AMQ pode induzir a um novo processo de trabalho, por exemplo, a uma nova forma de trabalhar os programas de saúde, os ciclos de vida, valorizando não somente indicadores quantitativos, mas as ações dentro de um contexto. Isso leva à valorização de um diagnóstico de saúde local para potencializar essas ações e avançar no processo de trabalho.

É consenso entre os entrevistados que a AMQ foi um processo muito rico para a ESF em Petrópolis, avaliando processo de trabalho e estimulando uma auto-avaliação da equipe. As falas do entrevistados demonstram que a AMQ vem ao encontro da Política Nacional da Atenção Básica. Nela está definida, como uma das diretrizes do Processo de Trabalho na ESF,

o acompanhamento e a avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006).

“...é um instrumento muito válido, pois você pode estar avaliando seu processo de trabalho não só através de números, mas através das ações...” (C2)

“Não estão definidos critérios para avaliação do processo de trabalho... temos vontade de implantar... estamos tentando resgatar a AMQ, que foi um instrumento muito bom de avaliação para a equipe... dois profissionais, um da ponta e um da supervisão estão fazendo um curso da Fiocruz sobre a AMQ...” (C4)

“ A própria supervisão não teve um olhar para a AMQ, é um processo que deve ter continuidade com avaliações frequentes, dando retorno para as equipes...a AMQ avalia o "caminhar" da equipe, através dos níveis elementar, consolidado, bom, avançado... é um instrumento norteador, de grande importância para auto-avaliação do processo de trabalho.” (C5)

Podemos comprovar como a AMQ, implantada em Petrópolis em 2005, foi realmente um processo muito rico para a ESF, devido ao fato de a partir dos seus resultados ter sido realizada a Oficina Supervisão com Visão, já descrita nesta pesquisa, como nos remete esta fala.

“A oficina "Supervisão com Visão", que foi uma tentativa de definir as atribuições do processo de trabalho da supervisão, foi trabalhada a partir dos resultados da AMQ em Petrópolis.” (C5)

A partir dessas opiniões, destacamos que seria um grande passo a implementação da AMQ no município. Essa iniciativa estaria de acordo com a inovação da prática que a ESF preconiza, com a mudança de foco da doença para o cuidado integral em saúde a partir de uma abordagem individual, familiar e coletiva. A AMQ corresponde a uma avaliação do processo de trabalho por meio de indicadores da qualidade das ações, sinalizando, portanto, para esse cuidado integral em saúde.

→ *Processo de Educação Permanente*

Na portaria nº 1886/GM que “Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família” (BRASIL, 1997), estão descritas as Diretrizes Operacionais do Programa de Saúde da Família. Dentre as que são responsabilidade do município está o processo de capacitação e de Educação Permanente da

equipes. Na portaria nº648, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estão definidas as especificidades da ESF (BRASIL, 2006). Esta descrito nesta portaria que a capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho da ESF, por meio do curso introdutório para toda a equipe. Recomenda-se que o curso introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF. A responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, é da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde.

Em Petrópolis, desde 2001, foi iniciado o Processo de Educação Permanente (EP) na ESF. Há um período da agenda dos profissionais determinado para a EP. Estes encontros são direcionados a toda equipe de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde) ou somente a algumas categorias profissionais, dependendo do tema abordado, como nos remete esta fala.

“Em Petrópolis sempre houve o cuidado, desde o início, de se fazer capacitação para os profissionais, mesmo antes da Educação Permanente que veio em 2001... hoje, na agenda do profissional ,é dado uma tarde para encontro de Educação Permanente... é feita pelo próprio município, atualmente, sem verba... a gente parte das necessidades que a gente avalia que a equipe está precisando.. não que a equipe peça, mas que a gente percebe que a equipe está precisando, enquanto supervisão...ou demandas das coordenações de programas...” (C1)

Nós dois últimos anos a agenda da EP no município constou dos seguintes temas: em 2009 - Pesquisa de Amamentação; Pesquisa Nacional de Prevalências Maternas; Pesquisa e Treinamento de Nosódios homeopáticos em gestantes; Imunização; Doenças Reumáticas; Câncer de mama; Rastreamento e sensibilização para a detecção precoce do Câncer de Mama; Terapia Comunitária (Quem cuida do cuidador); Oficina da Rede de Cuidados da Região Serrana-RJ/Psicologia das emergências dos desastres (PETRÓPOLIS, 2009b) / em 2010- Atualização em Dengue; Encontro de Terapia Comunitária; Atualização e Descentralização da Tuberculose; Atualização em Hepatite; Abordagem Sindrômica em DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis); Atualização em Imunização; Atualização em H1N1; Acolhimento na Atenção Básica; Discussão sobre a importância da Educação à Distância; Rodas de Educação Permanente por região de Supervisão; Treinamento em urgências para as equipes que participam do Pró-Saúde (convênio da Faculdade de Medicina de Petrópolis e a SMS, onde 10 equipes recebem internos do curso de medicina durante três meses para acompanhar o trabalho na ESF); Curso de alimentação saudável para hipertensos; Curso de

desinfecção e esterilização de materiais; Curso de alimentação saudável para diabéticos; Semana da Amamentação; Atualização no Programa da Criança e Adolescente; Oficina Intersetorial sobre prevenção e vigilância à violência; Atualização em curativos; Curso de alimentação saudável para crianças.

No município, em 2008, houve a adesão ao Telessaúde que corresponde a uma iniciativa de Educação à distância. A Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007 institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde, com o objetivo de desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e sobretudo de educação permanente no Saúde da Família. Visa à educação para o trabalho, na perspectiva de mudanças de práticas, que resulte na qualidade do atendimento da Atenção Básica do SUS. Porém, a aderência dos profissionais ao Telessaúde é baixa, devido ao município não ter instituído uma infraestrutura para a participação dos profissionais, já que grande parte das atividades do Telessaúde ocorrem no horário de trabalho das equipes.

Segundo as seguintes opiniões dos entrevistados, a EP precisa ser repensada no município, pois está mais direcionada para os programas, para as demandas externas de implantação de projetos, como de violência, com pouca escuta das necessidades dos profissionais da ponta. O diagnóstico de saúde no território é um tema abordado basicamente no curso introdutório.

“A programação da EP consta das demandas dos programas...então por exemplo quando é que vai se discutir território, quando vai se discutir comunicação, educação popular, risco e vulnerabilidade... existe uma equipe da supervisão para programar a EP, mas existe também uma força externa muito grande da rede, por exemplo, tem um projeto de violência, aí temos que fazer uma capacitação sobre violência... H1N1, aí vamos capacitar as equipes em H1N1... vai ter campanha de diabetes, aí tem que capacitar as equipes... isso foge à lógica que foi construída a estratégia...a gente deixa de discutir processo de trabalho.” (C2)

“ A educação permanente está mais voltada para os programas, os grupos de risco, demandas externas, é multiprofissional e por categoria profissional... as necessidades das equipes nem sempre são contempladas... .eu não lembro de ter sido feito capacitação sobre o diagnóstico da situação de saúde no território... o programa vem e diz que quer fazer um treinamento, que vai passar a nova rotina, aí é uma demanda deles.” (C3)

“na supervisão está existindo uma discussão grande sobre a EP, a gente está colocando a EP só em cima das demandas externas, não se levanta as demandas das equipes. Trabalham-se os programas, prioritariamente, devido a demandas das Coordenações dos Programas, sendo eles que vêm dar a EP...”

eu não participei de nenhuma capacitação sobre o diagnóstico de saúde no território.” (C5)

“ A educação permanente, no caso dos médicos e enfermeiros, é muito voltada para a terapia mesmo, endocrinologia, ginecologia, programas.” (C4)

“ As equipes são pouco ouvidas...tem muita coisa na Educação Permanente, que tem que ser cumprida, como por exemplo, oficina de violência que vai ter agora, por que vai ter um novo protocolo de violência. Todo mundo já fez alguma coisa em cima de violência, mas agora tem que novamente com todas as equipes.” (C6)

“ A programação da educação permanente se dá em parte por solicitação dos programas, da epidemiologia, basicamente esses dois, ainda pouco se ouve as demandas das equipes...Aí nesse sentido é que não é uma educação permanente e sim uma capacitação, não se discute diagnóstico de saúde no território ou processo de trabalho, só no introdutório.” (C7)

A partir da observação da agenda da EP na ESF municipal nos dois últimos anos, observamos que o encontro de Terapia Comunitária, as oficinas de Acolhimento, as rodas de EP por região de supervisão (onde houve troca entre as equipes sobre seu processo de trabalho) e a oficina de saúde bucal para padronização de registros e discussão de processo de trabalho foram temas abordados que devem ser permanentemente discutidos e implantados no processo de trabalho. Eles vêm de encontro a uma Educação Permanente que potencialize as mudanças necessárias da organização do trabalho em saúde, levando a uma prática que se aproxime das necessidades da população.

Vale destacar a falta de encontros e oficinas que abordem o diagnóstico de saúde no território como base fundamental do trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

5.2.2.3 - A Unidade de Saúde da Família do Caxambu

A Unidade de Saúde da Família selecionada foi o PSF Caxambu por ser a que melhor enquadrou--se no perfil proposto para esta pesquisa. A equipe estava completa segundo os critérios do MS, que preconiza uma equipe multiprofissional composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006), além da unidade contar com uma equipe de saúde bucal; o trabalho da equipe apresentava uma boa avaliação junto à supervisão quanto à interação com a população e ao conhecimento sobre seu território; quanto ao tempo de atuação dos profissionais dentro

da equipe, o qual foi considerado que pelo menos dois anos seria um tempo suficiente para o conhecimento sobre a ESF e sobre seu território de atuação, apenas a auxiliar de enfermagem não cobria este critério; quanto à realização do treinamento introdutório, também apenas a auxiliar de enfermagem não cobria este critério; a Unidade já está implantada há 12 anos, tendo sido o terceiro Posto de Saúde da Família do município.

O bairro Caxambu tem seu território situado, principalmente, no 1º distrito de Petrópolis. Porém, uma área (microárea 4 – Mata do Banco) encontra-se situada no 2º distrito de Petrópolis (Mapa 4).

MAPA 4 – Mapa de Petrópolis (divisão por distritos)- destaque para o bairro Caxambu.



Fonte: Posto de Saúde do Caxambu

O Posto de Saúde do Caxambu foi criado em 1978, inicialmente sem sede própria, funcionando numa sala anexa ao Colégio Abelardo Delamare. No início da década de 80, foi construída uma nova sede para o Posto, num projeto social do governo federal que englobava casas de BNH (Banco Nacional de Habitação) para os desabrigados da enchente em Petrópolis de 1980 e 1982, uma sala social e uma quadra.

A partir de 1979, o Posto de Saúde do Caxambu passou a receber médicos residentes em Medicina Geral e Comunitária, com o clínico da unidade sendo preceptor da residência. Este Programa de Residência Médica formava especialistas nesta área desde 1976 em outros Estados do Brasil, como em Pernambuco e Rio Grande do Sul, além do RJ (Universidade

Estadual do RJ), mesmo antes do reconhecimento desta especialidade pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina. O atual médico do PSF do Caxambu foi residente de Medicina Geral e Comunitária nesta Unidade, depois tornando-se médico do posto e preceptor da residência. Em 1989, por decisão do então secretário de saúde, não houve a renovação do convênio com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), sendo extinto o Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária no município, como nos relata o próprio médico.

“Em final 1983 estava terminando a Residência em Medicina Geral e Comunitária e o Caxambu era um dos postos por onde passavam os residentes. Eu fui convidado a assumir o posto como R2 devido a saída do médico, onde trabalho até hoje. Este posto existe desde o final de 70 e funcionava numa sala anexa à escola ao lado da igreja. A residência de Medicina Geral e Comunitária era um convênio entre o INAMPS, a Faculdade de Medicina e a Prefeitura de Petrópolis e era desenvolvida em quatro Postos de Saúde do município, o Caxambu, Sertão do Carangola, Meio da Serra e Fazenda Inglesa. Havia também o Posto Vila Saúde, cuja criação foi fruto de um projeto de um ex-residente de Medicina Geral e Comunitária com a população local. A Faculdade entrava com os preceptores, a Prefeitura com o serviço de saúde e o INAMPS com a bolsa. A Residência era reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica. Em 84, fui convidado pelo Coordenador da Residência para assumir o posto, que já existia há 5/6 anos (desde 1978). Fui preceptor da Residência até 1989, pois nesta época o Programa foi extinto. Isso ocorreu devido a uma questão política, pois houve um movimento na Secretaria de Saúde liderado pela Medicina Geral e Comunitária por melhores salários e condições de trabalho. Isso gerou um conflito com o então Secretário de Saúde que não renovou o convênio com o INAMPS.”

Porém, a extinção da residência em Medicina Geral e Comunitária em Petrópolis foi também um reflexo da situação no Brasil. Desde 1987, o INAMPS adotou a postura de cortes de bolsas para este programa de residência médica. Na época, a maioria dos programas foram extintos, outros mudaram de nome para Medicina Preventiva e Social para não fecharem, poucos sobreviveram (FALK,2004).

Em 1994, quando o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família (PSF), o então presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária foi o primeiro a assinar o documento técnico que estabeleceu o que é o PSF (FALK, 2004). A Medicina Geral e Comunitária com seu corpo de médicos formados nesta especialidade formou uma base para a Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil, o que levou a mudança de nome da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária para Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. No Brasil, a MFC existe como especialidade reconhecida desde

1986 (com o nome de Medicina Geral e Comunitária, modificado para Medicina de Família e Comunidade em 2001) (ANDERSON *et al*, 2005).

Na época do Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária, no Posto do Caxambu havia um clínico (e preceptor) e um atendente de enfermagem. Os residentes acompanhavam e participam de discussões sobre o trabalho desenvolvido. O regime de trabalho era de 20 horas semanais, sendo desenvolvido o trabalho de assistência ambulatorial, além de um enfoque na prevenção e educação em saúde para as gestantes, nutrízes e crianças, a partir de encontros com a comunidade no posto. O médico também tinha um período para visitar a área atendida, que correspondia à área rural do atual território do PSF Caxambu. As visitas domiciliares eram, principalmente, a pacientes com maior dificuldade de procurar assistência e para estar conhecendo as áreas, como afirma o profissional médico.

“Eu tinha um período para estar visitando as áreas... chegamos a trabalhar com algumas internações domiciliares, a assistir pacientes terminais em casa, a amparar a família...”(E2)

Após o encerramento do Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária, o médico da Unidade tentou continuar seguindo o mesmo modelo de trabalho. Porém, com o tempo, este modelo foi descaracterizado, sendo incorporado ao posto um pediatra e um enfermeiro. Havia pouca discussão do processo de trabalho, com cada profissional fazendo o seu atendimento, seguindo a sua prática, sem a presença do residente para estimular o modelo anterior.

Em 1997, quando o município elaborou a proposta de implantação do Programa de Saúde da Família, as cinco unidades onde havia sido desenvolvido o projeto da Medicina Geral e Comunitária foram logo contempladas.

No Projeto de Implantação do Programa de Saúde da Família em Comunidades do Município de Petrópolis (FMP/COASA/PETRÓPOLIS,1997), foram descritas as características das áreas propostas para a implantação do PSF. O perfil da Comunidade do Caxambu foi assim descrito (Quadro 7): uma população rural, de baixa renda, sem formas de organização social e com saneamento básico precário. Este perfil está descrevendo apenas as três microáreas rurais (MA 2, 3 e 4) do atual PSF do Caxambu, não acoplando as 4 microáreas urbanas e o restante do bairro, o qual não está inserido na área adscrita ao PSF.

Em 1997, a população total estimada da área de todo o bairro do Caxambu era de 5.196 habitantes (FMS/COASA/PETRÓPOLIS¹⁸, 1997a)

¹⁸ COASA/FMS/PETRÓPOLIS (Coordenação de Assistência em Saúde/Fundação Municipal de Saúde/Petrópolis)

Quadro 7 – Perfil da Comunidade do Caxambu (1997).

Características gerais	Comunidade fechada, de baixa renda, com características rurais.
Organização	Não possui associação de moradores ou outra forma de organização.
Meio de sobrevivência	Plantação de hortaliças e flores. Possui 200 agricultores (produtores).
Escola	Municipal até a 4ª série.
Igreja	Possui uma igreja católica e igrejas evangélicas.
Saneamento Básico	Algumas casas possuem fossas e em outras o esgoto é jogado diretamente no rio. Possui um manancial de águas que abastece grande parte do município, com estação de tratamento de água. O lixo é coletado.

Fonte: FMS/ COASA/ PETRÓPOLIS 1997a.

Quanto ao perfil de funcionamento do Posto de Saúde do Caxambu, observa-se que estava voltado para a assistência clínica e para ações preventivas de atendimento à Saúde da Criança e da Mulher (Quadro 8).

Quadro 8 - Condições gerais de funcionamento do Posto de Saúde do Caxambu (1997).

Prédio	Cedido pelo BNH do Caxambu
Características Gerais	Atende à população de uma área limitada. Atendimento com característica assistencialista e preventiva. Possui Programa de Imunizações. Possui atendimento ao Pré-natal e Pediatria, sem características de Programa. Possui implantação do controle do câncer cérvico-uterino (feito pela enfermeira do posto).
Equipe profissional	1 médico Clínico geral - 20h semanais 1 médico pediatra – 20 h semanais 1 enfermeira – 20 h semanais 1 atendente de enfermagem – 40 h semanais 1 auxiliar de recepção 40h semanais

Fonte: FMS/ COASA/ PETRÓPOLIS 1997a.

Quanto ao perfil de atendimentos do Posto do Caxambu, de janeiro a julho de 1996 ocorreram: 944 consultas de clínica médica; 603 consultas pediátricas; 353 consultas de enfermagem; 1.614 atendimentos em enfermagem de nível médio; e foram administradas 130 doses de vacinas. Ocorreram 124 nascimentos na comunidade em 1995. Quanto ao perfil de atendimentos pediátricos, de janeiro a julho de 1996, verificamos os seguintes diagnósticos: 245 casos de infecções respiratórias agudas; 106 casos de verminose, 24 casos de pneumonia; 21 casos de diarreia; e 268 atendimentos por outras causas (FMS/COASA/PETRÓPOLIS, 1997a).

Podemos observar que os dados técnicos para elaborar um perfil da área do Caxambu, assim como das outras dez comunidades selecionadas para a implantação inicial do PSF, basearam-se em características de funcionamento do posto, em dados de atendimento do posto

e em algumas características da comunidade. A descrição de agravos na população infantil procurou traçar um perfil epidemiológico, porém não há descrição da taxa de mortalidade infantil.

O Posto de Saúde do Caxambu foi a terceira Unidade de Saúde da Família do Município. Sua efetiva implantação como PSF foi em maio de 1999. O clínico da Unidade foi convidado para ser o médico do programa, assim como o enfermeiro e a atendente de enfermagem. As microáreas foram sendo incorporadas à área de atendimento do posto, sendo inicialmente cinco e posteriormente mais duas microáreas, com as respectivas agentes comunitárias de saúde. Desse modo, ampliou-se muito a área atendida pelo posto, a qual anteriormente englobava, principalmente, as três atuais microáreas rurais.

Segundo relatório da descrição do território produzido pela equipe do posto, o bairro Caxambu é tipicamente de colonização portuguesa, cuja a imigração intensificou-se no início do século passado (séc.XX). É uma área predominantemente montanhosa de clima subtropical. O bairro é composto de duas áreas básicas quanto à densidade e as características populacionais: Caxambu Santa Izabel e Caxambu Luzitano.

O Caxambu Santa Izabel é onde se concentra o maior número de portugueses e seus descendentes. Corresponde as microáreas: MA2 (Três Pedras), MA3 (“Pra cima da Igreja”) e MA4 (Mata do Banco). Essa região é predominantemente rural e corresponde à área atendida pelo posto antes de se tornar PSF. Nela encontramos:

- Chácaras de cultura de hortaliças, tubérculos e flores. Há um expressivo uso de agrotóxicos nas lavouras.
- Mananciais de água que abastecem grande parte da cidade, com estação de tratamento da água (Barragem do Caxambu Grande e Barragem do Caxambu Pequeno). Nascentes e rios.
- Um perímetro urbano, onde estão concentrados: o Posto de Saúde, uma quadra, um parquinho, um centro comunitário, uma Escola Municipal Abelardo Delamare, uma Igreja Católica, os estabelecimentos comerciais como bares, padaria, oficina mecânica, uma vila de moradores antigos portugueses e o conjunto habitacional (BNH).

Vale ressaltar que este conjunto habitacional, por ter sido destinado a desabrigados de várias localidades de Petrópolis das enchentes de 1980 e 1982, gerou um choque cultural muito intenso na região, que vem sendo diluído através dos anos, mas que não foi totalmente assimilado tanto pelos moradores mais antigos quanto pelos os moradores “novos”. Um agravante foi o fato do Conjunto ter sido construído numa área de cultivo, não havendo desapropriação negociada com os antigos moradores.

Quanto à organização da comunidade há um associação de agricultores.

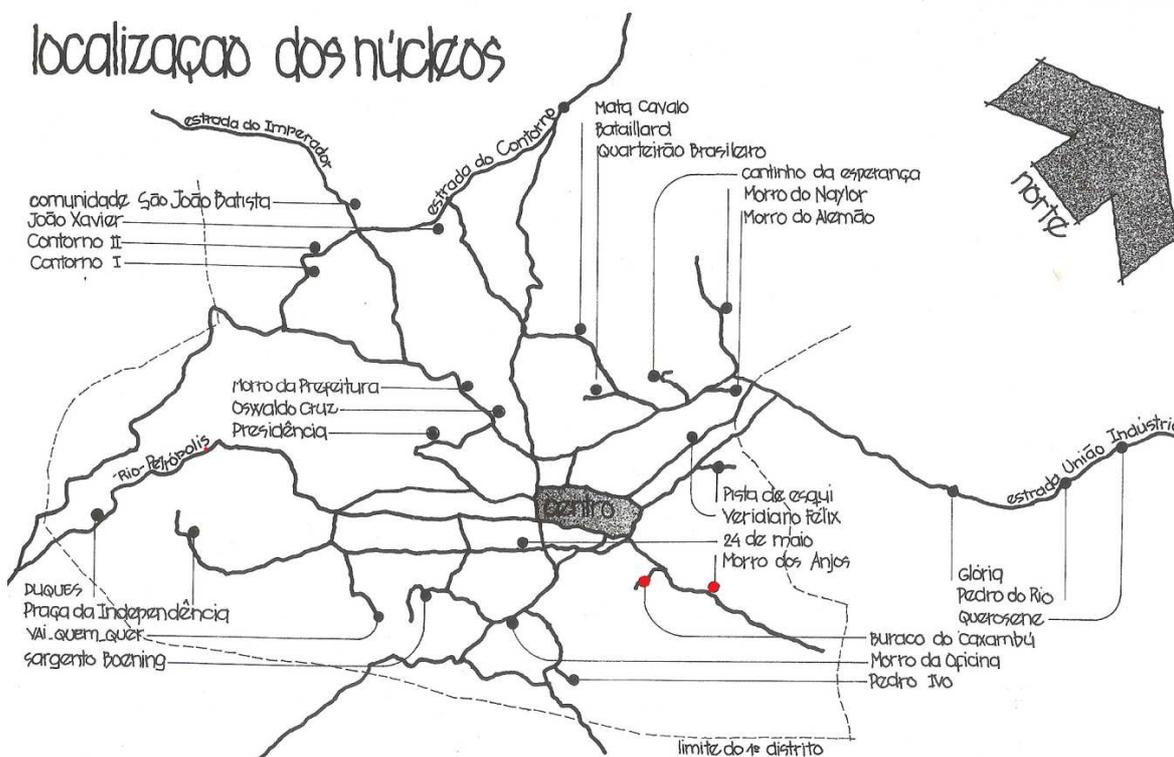
Quanto a acessibilidade, o Caxambu Santa Isabel fica a uma distância de 6 Km do Centro de Petrópolis, contando do Posto de Saúde, até aonde há transporte público. Porém, as distâncias são bem maiores a partir de todo o território das três microáreas, obrigando os moradores a caminhar longas distâncias. Para se chegar ao Centro é preciso passar pelo Caxambu Luzitano. A estrada que une as duas regiões do Caxambu é tortuosa, estreita, com trechos de abismo e pedreiras que a margeiam.

O Caxambu Luzitano é considerado perímetro urbano. Corresponde às microáreas MA1 (Morro dos Anjos), MA5 (Joaquim Ribeiro da Mota), MA6 (Elisio Alves) e MA7 (Elisia Mussel). Nele encontramos:

- Uma Escola Municipal Senador Mário Martins, até o 7º ano fundamental, uma Igreja Católica com uma creche São Charbel, padaria, bares, oficinas, igrejas evangélicas, Maranata, Universal do Reino de Deus, Metodista, Wesleyana.
- A creche São Charbel é mantida com doações e atende aproximadamente 150 crianças carentes da região.
- A maioria da população é de baixa renda com moradias na beira das ruas e grande quantidade de moradias nos morros, empilhadas umas as outras, Essa região corresponde a uma área de risco de desabamentos pela ocupação irregular do solo principalmente em encostas.
- Quanto à população, a maioria é constituída por trabalhadores assalariados da cidade de Petrópolis: comércio, indústria, empregadas domésticas, faxineiras, diaristas, economia informal, pedreiros, entre outros. Uma parcela é constituída por desempregados.

As atuais microáreas 1 (Morro dos Anjos) e a 6 (Elisio Alves - antigo “Buraco do Caxambu”) fazem parte das 28 áreas de grande vulnerabilidade e ocupação irregular do solo, selecionadas para estudo pela Secretaria de Apoio Comunitário em 1986. Essas áreas foram mapeadas (Mapa 5), foi feita a descrição de seu histórico de ocupação irregular, de suas precárias condições de saneamento e moradia e dos riscos ambientais. Porém, isso não impossibilitou a multiplicação das moradias nessas áreas, com grande adensamento populacional e seguindo as mesmas características de ocupação irregular e desordenada do solo, potencializando os riscos ambientais e a vulnerabilidade da população local.

Mapa 5 – Localização das 28 áreas de grande vulnerabilidade e ocupação irregular do solo selecionadas para estudo pela Secretaria de Apoio Comunitário em 1986 (destaque em vermelho para o Morro dos Anjos e Buraco do Caxambu).



Fonte: (SECRETARIA DE APOIO COMUNITÁRIO, *O Outro lado de Petrópolis*, 1986, p.13)

Quanto à acessibilidade, o Caxambu Luzitano fica a 2 Km do Centro de Petrópolis, sendo um caminho tortuoso e estreito, com casas de beira de rua durante a maior parte do trajeto, que corresponde ao restante do bairro Caxambu, o qual não é englobado pela área adscrita ao PSF. Também aqui as distâncias são bem maiores se contar a partir de todo o território das microáreas.

Como podemos observar, a área adscrita ao Posto de Saúde da Família do Caxambu é nitidamente constituída por dois territórios distintos: um Caxambu Santa Isabel fundamentalmente agrícola, rural com uma população e moradias características dessas regiões; e um Caxambu Luzitano constituído por uma população de baixa renda, assalariada, de economia informal, desempregados, com uma organização de moradias criando uma imagem típica das favelas de periferia. Isso fica evidente nestas falas.

“hoje a gente trabalha com um excessivo populacional, são duas regiões distintas, cabem duas equipes lá”(E2)

“nós temos duas áreas distintas... na área urbana temos uma população que trabalha no comércio, pequenos serviços e muitos desempregados, na área rural temos os pequenos agricultores...são dois tipos de população de baixa renda...”(E5)

No Mapa 6 (p.216), podemos observar essas duas áreas distintas. A área urbana com suas microáreas (1, 5, 6 e 7) bem concentradas, com um grande adensamento populacional, conformando um território bem menos extenso e uma área rural com as microáreas (2, 3 e 4) bem esparsas, com uma extensão territorial bem maior, com plantações e regiões de mata.

Dos doze profissionais que compõem a equipe, dez estão trabalhando nesta unidade há pelo menos cinco anos. Quanto à pós-graduação, os três profissionais de nível superior têm formação em Medicina de Família e Comunidade ou em áreas afins, caracterizando um perfil de formação adequado para o trabalho proposto. É também relevante destacar o bom nível de escolaridade da ACS, assim como a formação técnica de três agentes em cursos ligados a área da saúde. É preciso que isso seja mais estimulado nas agentes. Não há profissionais com contratos temporários, o que favorece à estabilidade da equipe. Já houve troca de profissionais, mas de forma não frequente. Há ACS que trabalham a menos tempo na equipe pelo fato das suas microáreas terem sido incorporadas posteriormente (MA6 e MA7). Havia duas agentes de saúde que já trabalhavam na comunidade voluntariamente pelo Colégio Santa Catarina antes da Unidade ser transformada em PSF. O perfil dos profissionais que integram a equipe de saúde da família do PSF Caxambu está descrito no quadros 9 e 10.

Quadro 9 : Perfil da Equipe de Saúde da Família da Unidade do Caxambu – ACS

<i>Agentes Comunitárias de Saúde</i>	<i>Tempo de atuação Na ESF</i>	<i>Nível de Escolaridade</i>	<i>Cursos</i>	<i>Vínculo Empregatício</i>
	12 anos	Ensino primário completo	CursodeACS* Shiatsu terapia	CLT
	9 anos	Ensino fundamental completo	Shiatsu terapia	CLT
	9 anos	Ensino médio completo	Técnico de enfermagem	CLT
	8 anos	Ensino médio completo	-	CLT
	7 anos	Ensino médio completo	-	CLT
	5 anos	Ensino médio completo	-	CLT
	5 anos	Ensino médio completo	-	CLT

Fonte: Entrevistas com os profissionais da equipe -Agosto/2010)

Quadro 10 : Perfil da Equipe de Saúde da Família da Unidade do Caxambu- profissionais de nível médio e superior.

<i>Formação Profissional</i>	<i>Tempo de atuação Profissional</i>	<i>Tempo de atuação na ESF</i>	<i>Especialização</i>	<i>Experiência Profissional Progressiva</i>	<i>Vínculo Empregatício</i>
Médico	29 anos	12 anos	Medicina Geral e Comunitária/Medicina Antroposófica/Consciência Corporal	Clínica Geral / Posto de Atenção Básica/ Clínica Particular	Estatutário
Enfermeira	27 anos	7 anos	Saúde Pública/Medicina de Família e Comunidade	Coordenação de Epidemiologia	Estatutário
Técnica em Saúde Bucal	8 anos	5 anos	-	Centro Odontológico da SMS – Petrópolis	Estatutário
Odontóloga	19 anos	3 anos	OdontoPediatria/Saúde Coletiva	OdontoPediatria/ Centro Odontológico da SMS – Petrópolis/ Clínica Particular	Estatutário
Auxiliar de enfermagem	33 anos	6 meses	-	Programa da Criança/Programa de Diabete	Estatutário

Fonte: Entrevistas com os profissionais da equipe -Agosto/2010)

* Colégio Santa Catarina

Quanto ao perfil sócio-demográfico e epidemiológico da população adscrita à Unidade de Saúde da Família do Caxambu, foram utilizados os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para a sua caracterização.

De acordo com o SIAB de agosto de 2010, 1.215 famílias eram acompanhadas pela Unidade Caxambu, perfazendo uma população adscrita de 4.106 habitantes, com maior proporção de mulheres, 51,7% para 48,3% de homens. De acordo a PNAB (2006), a equipe multiprofissional deve ser responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. Portanto, podemos observar que a equipe trabalha com um excessivo populacional. A população idosa, maior de 60 anos de idade, corresponde a 9,72% do total. A faixa etária predominante corresponde à população adulta jovem em fase produtiva, de 20 a 39 anos de idade, a qual corresponde a 33,18% da população (Tabela 5). Em Petrópolis, segundo a população estimada para 2009 pelo IBGE, quando comparamos ao PSF Caxambu, a população de idosos é proporcionalmente maior, correspondendo a 13,86% e a de adultos jovens é menor, correspondendo a 28% do total.

Tabela 5 - Distribuição da população do Posto de Saúde da Família do Caxambu, segundo faixa etária.

<i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>Nº de indivíduos</i>	<i>%</i>
< 1 ano	40	0,97
1 a 4 anos	209	5,09
5 a 6 anos	138	3,36
7 a 9 anos	225	5,48
10 a 14 anos	418	10,19
15 a 19 anos	389	9,47
30 a 39 anos	1.362	33,18
40 a 49 anos	523	12,74
50 a 59 anos	403	9,81
>60 anos	399	9,78
<i>TOTAL</i>	4.106	100,00

Fonte: SIAB/agosto de 2010

A população adscrita ao posto está assim dividida: na área urbana, que corresponde às MA 1, 5, 6 e 7, há uma população de 2.425 indivíduos, correspondendo a 58,44% do total, enquanto na área rural, as MA 2, 3 e 4, temos 1.681 indivíduos, correspondendo a 41,56%. A distribuição etária em cada área é semelhante à distribuição da área total.

Quanto à escolaridade, de acordo com os dados do SIAB de agosto de 2010, 88,80% da população de 7 a 14 anos, adscrita ao Posto de Saúde Caxambu, estavam frequentando a

escola e 5,2% da população de 15 anos ou mais era analfabeta. No município, em 2000, segundo o IBGE, o percentual de população de 7 a 14 anos frequentando a escola foi de 96,4%. No mesmo ano, a taxa de analfabetismo na faixa etária de 15 a 17 anos era de 1,2 %; de 18 a 24 anos era de 1,8% e na população adulta (25 anos ou mais) era de 7,6%. Observa-se, que as microáreas 6 e 7, da zona urbana, são as responsáveis pelo impacto negativo na taxa de frequência à escola na faixa etária de 7 a 14 anos, com valores de 64,66% e 71,54% respectivamente. Nas demais microáreas esta taxa está acima de 95%. Vale ressaltar que a Escola Senador Mário Martins, localizada no território das microáreas urbanas, só oferece o 2º segmento do ensino fundamental há 3 anos, estando este ano iniciando o 8º ano. A Escola Municipal Abelardo Delamare, localizada no território rural, oferece ensino fundamental completo.

Na Tabela 6 está descrito o perfil da população do posto do Caxambu quanto à cobertura por plano de saúde e acesso a serviços básicos, de acordo com os dados do SIAB de agosto de 2010.

Tabela 6 - Perfil da população coberta pela Unidade de Saúde da Família do Caxambu no município de Petrópolis – 2010

<i>População coberta pela ESF</i>	<i>4.106 hab</i>
Nº de Famílias cadastradas pela ESF	1.215
% da pop. coberta por plano de saúde	10,55%
% das famílias com acesso à rede pública de água	49,47%
% das famílias tendo acesso à água por poço ou nascente	50,21%
% de famílias com casa de tijolo/adobe	98,11%
% de famílias com acesso à coleta pública de lixo	79,59%
% de famílias com acesso à rede de esgoto	78,77%
% de famílias que utilizam fossa como destino de dejetos	15,56%
% de famílias cujo destino de dejetos é a céu aberto	2,88%
% de famílias com acesso à energia elétrica	98,52%

Fonte: SIAB - Petrópolis-RJ - Agosto/2010

Observamos que o Caxambu acompanha o município na grande utilização de água de poço ou nascente. Em 2000, 97% dos domicílios do município tinham acesso à água encanada, destes 50,28% tinham abastecimento de água da rede geral e 49,72% tinham abastecimento de água por poço ou nascente (IBGE 2000). Isso gera preocupação quanto à preservação dessas fontes, uma questão a ser trabalhada pela equipe.

Também observamos que ainda há esgoto a céu aberto, assim como 20% de famílias adscritas ao posto não têm acesso à coleta pública de lixo.

O perfil epidemiológico da população assistida no Caxambu, segundo o SIAB de agosto de 2010, revela a existência de 82 indivíduos com mais de 15 anos portadores de Diabetes, correspondendo à 2,67% desta faixa etária e a 375 portadores de Hipertensão Arterial, o que perfaz uma taxa de 12,19% na mesma faixa etária. No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população de 30 a 69 anos de idade residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. Em 2006, estimava-se que 11% da população igual ou superior a 40 anos eram portadores de diabetes o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (população estimada IBGE 2005) (BRASIL /MS, 2006a). Quanto à Hipertensão Arterial a prevalência na população urbana adulta brasileira variava de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL /MS. 2006b). Vale ressaltar que a informação existente no SIAB corresponde à prevalência de Diabetes e Hipertensão Arterial numa faixa etária ampla que inclui adolescentes, o que dilui esse indicador.

Em relação à mortalidade infantil na comunidade do posto do Caxambu, ocorreu um óbito em 2010, sendo no período neonatal (até 28 dias de nascido). A prevalência de desnutrição infantil em crianças até 5 anos de idade foi de 0% em 2010 (SIAB/SMS, dezembro de 2010). Segundo o SIAB, a prevalência de desnutrição infantil nesta comunidade em 2005 (época em que todas as microráreas já estavam incorporadas ao posto) era de 2% na faixa etária até um ano de idade e de 5,77% de um a dois anos de idade. Isso demonstra um bom acompanhamento desta faixa etária pelo posto.

Quanto à saúde da mulher, segundo dados do posto, 73,3% da população do sexo feminino de 25 a 59 anos apresentavam exames citopatológicos cervico-uterinos atualizados segundo a frequência preconizada pelo MS (SIAB/dezembro de 2010),

5.3- UMA EXPERIÊNCIA LOCAL NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

- *Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família do Caxambu enfocando as práticas que levam a produção de informações e conhecimento sobre a situação de saúde no território.*

Podemos observar que as agendas de trabalho dos profissionais de nível superior, o médico, a enfermeira e a dentista, com suas rotinas semanais, ficam expostas no mural da sala de recepção de modo a serem visualizadas pela comunidade. A jornada semanal de trabalho é dividida em dez turnos, com períodos destinados aos Programas de Saúde (PAISM¹⁹, Programa da Criança, Programa de Hipertensos e Diabéticos), à demanda clínica, de enfermagem e odontológica com prévia marcação de consultas, às visitas domiciliares, aos grupos de educação em saúde, às reuniões de equipe, aos grupos de escovação nas escolas e na creche, ao grupo de prática de consciência corporal. Essas atividades ocorrem semanalmente, distribuídas pelas agendas destes profissionais. A enfermeira desenvolve ainda na sua rotina, trabalhos burocráticos junto a auxiliar de enfermagem, supervisão do trabalho da auxiliar e tem um horário para conversar com as agentes de saúde sobre o trabalho e suas demandas.

Quanto aos profissionais de nível médio, a auxiliar de enfermagem tem uma agenda com as especificidades da sua profissão, sendo o profissional da equipe cuja a rotina de trabalho é desenvolvida prioritariamente na Unidade de Saúde. Realiza curativos, verificação de pressão arterial e glicemias capilares, triagem de pacientes para atendimento, esterelização de instrumentais, acompanhamento ao médico e à enfermeira nas consultas de exame colpocitológico, responsável pelo encaminhamento de materiais de exame pela rota semanal da SMS, administração de vacinas, de medicamentos e dispensação de medicamentos. Realiza também trabalhos burocráticos como, verificação de estoque de materiais e medicamentos, fechamento de estatísticas de vacinação, de medicação e de agravos, e pedidos de materiais para o posto (com auxílio da enfermeira). Também, como todos os membros da equipe, realiza visitas domiciliares (durante um turno), participa das reuniões de equipe e dos grupos de educação em saúde semanalmente. A técnica de saúde bucal desenvolve sua agenda semanal sempre junto à odontóloga, auxiliando as consultas clínicas, realizando visitas

¹⁹ Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

domiciliares, participando das reuniões de equipe, dos grupos de educação em saúde e dos procedimentos coletivos em saúde bucal na creche e nas escolas.

As agentes comunitárias de saúde realizam seis a sete turnos de visitas domiciliares (VDs) semanalmente, dependendo da escala da recepção, pois não há agente administrativo no posto, tarefa realizada pelas agentes em rodízio. Participam das reuniões de equipe, com exceção de uma reunião mensal destinada aos profissionais de nível técnico e superior para a discussão do processo de trabalho técnico-profissional na ESF. Participam dos grupos de educação em saúde, dos procedimentos coletivos de saúde oral na creche e na escola, e da entrega dos alimentos às famílias cadastradas no Programa Municipal Cesta Cheia, Família Feliz ²⁰.

Todos os profissionais têm um período semanal destinado à Educação Permanente (EP). Mas na verdade, os profissionais de nível superior têm uma agenda de educação permanente muito mais frequente, sendo as agentes de saúde os membros da equipe que menos são contemplados pela EP, como observamos nos seguintes relatos.

“ Tem muito pouca educação permanente para o agente de saúde. Há dois anos teve um curso sobre o ambiente lá na faculdade, foi bem legal. Era sobre lixo, desmatamento, poluição da água, queda de barreiras,. A gente tinha que construir nosso mapa da área, e todo mês fazer um relatório com os problemas ambientais, a gente chegou até a discutir com a equipe toda, só que não teve retorno desses relatórios, a gente mandava para a supervisão e não tinha retorno., até que acabou.”(E11)

“Os agentes já ficaram mais de 6 meses sem capacitação... teve a pouco tempo a oficina sobre acolhimento,, foi muito boa.. a gente precisa de mais encontros, isso é muito bom, estimula o trabalho, dá um gás...”(E6)

“O agente é um pouco deixado de lado na educação permanente... o curso sobre o meio ambiente na FASE [Faculdade Arthur Sa’Earp] foi muito bom, mas a gente tinha que preencher todo o mês uma ficha com os problemas, os nós críticos da nossa microárea, acabou que todo o mês a gente preenchia a mesmas coisas nessas fichas, não tinha retorno, era burocrático.”(E12)

Também observamos a partir das entrevistas que os profissionais sentem falta de oficinas e encontros que discutam o processo de trabalho e o diagnóstico de saúde no território. Apontam que a EP é voltada prioritariamente para os programas e para a assistência, com pouca escuta das necessidades dos profissionais da equipe, indo de encontro com as opiniões dos supervisores, como nos trazem esses relatos.

²⁰ Programa social desenhado no ano de 2001 tendo como objetivo atender às famílias carentes do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS, 2001).

“A educação permanente ainda é na visão verticalizada dos programas, biológico-centrada, não potencializa uma discussão sobre o processo de trabalho, sobre o conhecimento do território, isso só foi visto no introdutório... perde-se muito com isso... eu, por exemplo, há uns 9 anos fiz um curso sobre vigilância da saúde em Teresópolis, uma parceria com a Fiocruz, trabalhamos mapas, diagnóstico de saúde, foi riquíssimo... a partir daí que iniciamos um trabalho com mapas aqui no posto, corri atrás de mapa na secretaria de planejamento, estimei a equipe, funcionei como um multiplicador...depois, houve há 7 anos, alguns encontros com alguns profissionais de equipes rurais sobre vigilância da saúde, a enfermeira do posto participou e reforçou mais ainda nosso olhar para o território... olha o potencial que uma educação permanente pode ter, é preciso colocar na pauta as necessidades da equipe, os temas de interesse que partem das dificuldades no processo de trabalho, é preciso construir junto esse processo ...” (E2)

“A nossa educação permanente é o tempo todo só na questão assistencial, não tem foco sobre o diagnóstico de saúde no território... a única coisa que eu participei sobre diagnóstico do território, além do introdutório, foi uma capacitação sobre vigilância da saúde, há muito tempo, depois não teve mais... deu uma base muito legal, falou do território, do enfrentamento de problemas e da intersetorialidade... eu levei nosso mapa pro curso, debatemos, depois eu trouxe pra equipe, refizemos um diagnóstico do território... foi muito proveitoso, mas é preciso ser um processo contínuo com toda a equipe... essa capacitação foi um movimento isolado de um supervisor que fez um curso em vigilância da saúde, envolvendo alguns profissionais das equipes rurais... é preciso estar permanentemente na pauta do processo de trabalho da supervisão a questão do diagnóstico do território com as equipes.” (E5)

Há também pouco enfoque para saúde bucal nos encontros de educação permanente, como mostra o relato a seguir.

“A educação permanente foca principalmente na doença, às vezes tem um tema diferente, como acolhimento, ou algum projeto que será feito, como sobre violência, campanha de vacinação... eu sinto falta na educação permanente de um enfoque maior na saúde bucal, tem muito pouco tema para isso... até mesmo para os outros profissionais terem esse olhar em relação aos pacientes diabéticos, hipertensos, é só o enfoque médico, do atendimento médico...” (E3)

As opiniões dos profissionais da equipe reforçam as limitações apontadas pelos supervisores sobre o processo de educação permanente no município para potencializar um diagnóstico da situação de saúde no território.

A equipe, além da sua agenda semanal, desenvolve atividades nas escolas, na creche, como encontros com os pais sobre educação em saúde, sempre que solicitados por essas instituições. Existem também as reuniões comunitárias da área urbana, chamadas de reuniões de “rede”, onde se reúnem os profissionais de saúde, representantes da escola, da associação

de moradores, e outros membros da comunidade, como as responsáveis pela biblioteca de rua. Na área rural, ocorre a reunião comunitária da associação de agricultores, onde participam os profissionais do posto. Essas reuniões ocorrem em média de 3 em 3 meses em cada área. A equipe também promove passeios com a comunidade, principalmente com o grupo de educação em saúde de hipertensos, diabéticos e idosos.

Segundo a PNAB (2006), as equipes de saúde da família devem garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos e curativas em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; e dar garantia ao atendimento da demanda espontânea, à realização das ações programáticas e de vigilância à saúde. O modo operativo do trabalho das equipes deve ser o cuidado familiar ampliado, visando influenciar os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da comunidade onde estão inseridos. Portanto, é preciso que no seu processo de trabalho, as equipes construam um conhecimento ampliado sobre a situação de saúde da população, a partir de uma abordagem individual, familiar e comunitária. Esse conhecimento vai muito além do normatizado em saúde, baseado na dimensão biológica ou orgânica, o qual pode apenas atuar sobre a doença já instalada ou sobre fatores de risco orgânicos a partir de práticas clínico-sanitárias.

Para se planejar ações que levem a esse cuidado ampliado, é preciso conhecer o contexto onde se desenvolve esse processo saúde-doença, onde podemos compreender sua múltipla determinação nas dimensões social, econômica, cultural, demográfica, ambiental, além da orgânica. Um primeiro passo foi dado ao se introduzir unidades de saúde da família nos territórios de vida dos grupos sociais. Mas, é preciso realmente conhecer esse território, sua dinâmica, valorizando a riqueza que esse conhecimento agrega ao trabalho em saúde.

As práticas em saúde desenvolvidas pela equipe irão determinar a produção desse conhecimento. Portanto, as equipes devem também desenvolver práticas que tenham um novo sentido, uma nova forma de produzir informações em saúde. Como nos aponta o modelo da Vigilância da Saúde, um dos referenciais desta pesquisa, essas práticas demandam tecnologias de comunicação social, sendo que os sujeitos envolvidos, ou seja, seus atores são a equipe de saúde e a população, e o seu objeto de conhecimento, vai além de doenças e riscos, abrangendo necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998).

Mas, para melhor determinarmos quais práticas estariam em consonância com o modelo da Vigilância da Saúde, de quais práticas queremos falar, nos reportamos aos trabalhos de Acioli (2005), Pinheiro e Guizardi (2005) e Mattos (2001, 2004).

Acioli (2005), ao analisar os sentidos das práticas desenvolvidas pela população no enfrentamento dos seus problemas de saúde, parte do princípio de que práticas são entendidas como *modos de fazer* que implicam estratégias e táticas de pessoas e grupos, desenvolvidas em determinados contextos. A mesma autora define tática sob a perspectiva de Certeau, como práticas capazes de alterar os processos dominantes (ACIOLI, 2005, p.191). Certeau (2008) chama de tática a ação que é determinada pela ausência de um próprio, ou seja, a ausência de um campo específico de poder, como o campo científico. Nesse mesmo sentido, Pinheiro e Guizardi (2005) observaram o engendramento de estratégias e táticas em práticas cotidianas nos serviços de saúde tornando suas estruturas permeáveis às inovações, afirmando ainda que entre essas práticas estão as *novas atividades de saúde*, na medida em que estabelecem vínculos sociais, transformando os espaços públicos em “lugares de encontro” de pessoas cuidadoras de si e dos outros.

Mattos (2001, 2004), ao analisar a noção de integralidade, se refere a três grandes grupos de sentidos: um como atributo das práticas dos profissionais de saúde, outro como atributo dos modos de organizar os serviços de saúde, e o terceiro como atributo das políticas de saúde. O mesmo autor afirma que independentemente de seus múltiplos sentidos, integralidade tem a ver com a recusa às formas de reducionismo, a começar pelo reducionismo de sujeitos a objetos. Ao analisar o primeiro grande grupo de sentidos da noção de integralidade, Mattos (2004) reconhece que as práticas de cuidado pautadas pela integralidade, são necessariamente intersubjetivas, e que devem se guiar por uma perspectiva dialógica para a determinação das necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação, tanto de grupos como de pessoas. Esse diálogo, afirma o autor, necessariamente se faz no contexto concreto dos modos de andar a vida desses grupos sociais e dessas pessoas.

Portanto, a partir da perspectiva da *inovação das atividades em saúde, de novos modos de fazer* que sejam capazes de alterar o processo de trabalho normativo dominante em saúde, buscamos as práticas desenvolvidas pela equipe que têm levado a uma visão ampliada da situação de saúde, a partir de um processo dialógico entre os sujeitos envolvidos no território de interação da vida cotidiana e do trabalho em saúde. Nossa análise teve como substrato as opiniões e experiências dos entrevistados e foi enriquecida pela observação participante do processo de trabalho da equipe.

As Visitas Domiciliares

Todos os profissionais da equipe da Unidade de Saúde da Família do Caxambu realizam visitas domiciliares semanais. As agentes de saúde realizam em média seis turnos de VD semanais, enquanto os demais profissionais realizam um turno de visitas por semana, ou visitas fora desses turnos, não programadas, de famílias que apresentem alguma necessidade mais imediata. As visitas dos profissionais de nível superior e técnico são sempre acompanhadas pela agente de saúde.

No documento “Saúde da Família: uma Estratégia para a Mudança do Modelo Assistencial (BRASIL, 1997), está descrito que a visita domiciliar tem como finalidade monitorar a situação de saúde das famílias, devendo a equipe realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco.

Na PNAB (2006) está definido que a equipe deve realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário. Sendo que os ACS devem acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

Segundo Tavares (2004), a visita domiciliar é um momento ímpar no cuidado do paciente, da família e da comunidade, podendo ser classificada em quatro tipos: a internação domiciliar a busca ativa de casos e faltosos, o acompanhamento de pacientes crônicos e acamados e a observação do paciente ou família em sua residência.

No documento sobre o trabalho do agente comunitário de saúde (BRASIL, 2009), está definido que a visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho do agente comunitário de saúde, e que ao entrar na casa de uma família, o ACS entra não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história.

Mas, como afirmam Franco e Merhy (2004, p.105), “ o fato de realizá-las, não significa que o médico tenha abandonado sua prática procedimento-centrada e nem mesmo que o trabalho dos outros profissionais deixem de ser estruturados pelos atos e saberes médicos.” É preciso a instauração de uma nova lógica do trabalho em saúde, que vai depender do que está sendo priorizado pela equipe como objeto do trabalho em saúde. Pois senão, até mesmo o ACS, considerado um ator inovador do trabalho em saúde, que tem nas visitas

domiciliares o foco principal da sua ação, poderá também estar seguindo um padrão normativo, centrado apenas na produção de dados referentes a doenças.

O discurso em torno da ESF é o de uma nova prática em saúde através do trabalho em equipe multiprofissional, com a presença do ACS como um novo ator. São preconizadas novas atribuições do processo de trabalho dos profissionais da equipe, como VD e realização de atividades com a participação da comunidade para buscar compreender suas necessidades. Porém, a gestão do trabalho das equipes enfatiza, através dos instrumentos oficiais, a identificação das necessidades em saúde a partir de indicadores epidemiológicos objetivos sobre doenças e agravos. Se a equipe priorizar esta lógica no trabalho, as práticas estarão voltadas para um diagnóstico em saúde reducionista, limitando a potencialidade das ações em saúde. Nesse sentido, Furlan (2010, p.37) declara que devido a esse impasse, “os ACS tenderão a identificar especialmente os problemas de saúde apontados como prioritários pelos Programas oficiais e não a partir de necessidades populacionais locais.”

Podemos ampliar essa reflexão de Furlan (2010) para o trabalho de toda a equipe, que está sob o mesmo impasse. Ao considerar-se apenas o profissional como o sujeito da prática em saúde e o usuário como o objeto, será produzida uma informação também objetiva, baseada apenas em dados quantitativos, com foco na doença.

Nesse sentido, reforçamos a idéia de que a equipe precisa ter o olhar para uma nova lógica do trabalho, com a instituição de práticas que instaurem uma relação intersubjetiva entre esses dois sujeitos, o profissional e o usuário, para que seja produzida e valorizada uma informação sobre as particularidades e necessidades da população, dessa forma ampliando o conhecimento local em saúde.

No trabalho da equipe de saúde da família do Caxambu, podemos observar que as visitas domiciliares se configuram como uma prática em saúde que visa à integralidade do cuidado, ajudando na construção de um conhecimento ampliado sobre a situação de saúde local. Ou seja, além dos dados normatizados, priorizados pela estratégia, também um conhecimento sobre as famílias e sobre a dinâmica e condições de vida da população é potencializado pelas VD. Elas são o foco do trabalho dos agentes de saúde, enquanto para os demais profissionais da equipe elas são complementares. Porém, observamos que são consideradas por todos os profissionais de grande importância no trabalho. Nas reuniões de equipe, que ocorrem uma vez na semana, as visitas são programadas para cada profissional de nível superior e médio, em cada microárea, de forma a alterná-las entre os profissionais para que todas sejam contempladas e para que as agentes de saúde, que sempre acompanham os demais profissionais da equipe, não fiquem sobrecarregadas. São priorizadas as famílias mais

vulneráveis, as famílias com pacientes crônicos, com puérperas e recém nascidos, famílias novas na comunidade, com pacientes acamados ou famílias com alguma necessidade mais urgente. Porém, foi congruente nas entrevistas, que a visita domiciliar é uma prática que propicia a um conhecimento ampliado da situação de saúde no território. Nestes relatos, fica evidente a importância dada à visita domiciliar para a construção desse conhecimento.

“Não tem como conceber o trabalho do PSF sem as visitas às casas, passando por toda a área... é a forma de realmente podermos conhecer este território... no posto não podemos ver nem imaginar como é a vida das pessoas... é muito diferente estar lá, junto delas, ver como elas se viram, ver inclusive como fazem o que nós orientamos, se entendem ou não, se fazem, se é possível fazer, o que as dificulta em fazer...” (E4)

“ A visita da equipe técnica é muito importante para que eles tenham uma visão da área como um todo né... cada profissional visita com a gente uma vez por semana... então eles indo, pra eles a visão é muito maior, eles vão conhecer muito mais do que eu chegar e falar o que eu observei...” (E7)

“ Quando a gente visita as famílias, a gente entende muita coisa, por exemplo, quando começa a chover aqui, às vezes falta um monte de gente, aí o doutor Cândido fala assim com a gente, tem que dar uma olhadinha tem que ver porque tá faltando muita gente... aí eu falo assim, mas doutor Cândido choveu a noite toda, essa pessoa não deve nem ter dormido porque na casa dela pinga, chove mais dentro do que fora... ela não vai pensar no médico, porque na casa dela tá chovendo mais dentro do que fora, então ela não vai lembrar que o filho dela tá marcado pro médico... não que ela não ache importante, mas pra ela naquele momento a casa é mais importante... é ignorância da nossa parte achar que ela não acha que é importante a criança melhorar, cuidar da saúde do filho...mas ela não vai lembrar disso agora, não adianta né?...”(E8)

Foi observado no trabalho de campo, ao acompanhar os profissionais, que mesmo as visitas direcionadas a pacientes crônicos levaram a um grande número de informações sobre a dinâmica territorial, como a observação de um novo local de tráfico na comunidade, quais as casas que moravam jovens e crianças ao entorno deste local, assim como casas desocupadas recentemente. Ocorre um fluxo de informações entre o agente de saúde e o outro profissional com quem está sendo realizada a VD. Muitas vezes, informações que poderiam não ter oportunidade de serem compartilhadas tão intensamente no posto. Elas surgem naturalmente no andar pelo território, potencializadas por uma interação entre os profissionais e a população e pela disponibilidade sempre presente para a realização de VD por toda a equipe. Não sendo um *horário* restrito àquela casa, àquele caso, àquele doente, e sim um *tempo*

destinado ao trabalho compartilhado no andar pelo território de vida da população. Podemos corroborar com essas observações a partir dessas falas.

“Nas VDs, mesmo quando estou indo por um motivo de ver um recém-nascido, a gente passa a conhecer a realidade dos pacientes, uma coisa é eles virem ao posto, outra é andar no lugar que eles vivem...”(E1)

“Quando eu faço uma VD, eu já vou observando desde daqui do posto até aonde eu vou... observo o acesso e me coloco como a comunidade estaria neste território... por exemplo, aqui na Mata do Banco não tem ônibus para as crianças virem para a escola, então, eu gosto sempre de andar na Mata do Banco, para sentir o território que as crianças caminham, suas dificuldades... outro dia eu fiquei sabendo que tinha uma cachorro enorme logo ali onde as crianças passam... um dia eu dei de cara com um cavalo que corre atrás da gente...eu fiquei imaginando, Meu Deus, como ficam essas crianças que passam aqui todo dia... daí podem surgir ações com a comunidade, quando vivenciamos suas situações...” (E5)

“Dentro de uma comunidade, quando você vai fazer o diagnóstico, você precisa estar no território, dialogando com as pessoas para compreender uma lógica naquela organização, como se dão os fluxos dentro daquela organização... sempre há uma lógica que pode estar favorecendo ou não uma vida melhor daquelas pessoas.” (E2)

“Quando a gente faz as VDs a gente tem a possibilidade de andar no território de observar este território, observar o ambiente, trocar com os moradores questões sobre este ambiente...” (E3)

“Se o trabalho fosse só no posto se a gente orientasse a população só no posto, a gente não ia observar tão intensamente as mudanças no território, mesmo estando aqui há muito tempo... o território sempre muda, a área mudou muito nos oito anos que eu tô aqui.”(E10)

Observamos que no processo de trabalho da equipe do Caxambu existe um momento de troca das informações coletadas nas VDs com toda a equipe, portanto, no caso específico do ACS, o grande gerador de informações sobre o território, há oportunidade da equipe compartilhar esse conhecimento produzido e propor ações. Mas, através das entrevistas, pudemos ver que as agentes sentem necessidade das VDs conjuntas com os outros profissionais, como forma de certificarem-se se estão “enxergando” bem as necessidades das famílias e da comunidade. E também, perante a população, sentem a necessidade de dividir a responsabilidade de dar respostas a essas necessidades com os demais profissionais da equipe. Consideram também que nestas visitas conjuntas a equipe pode compreender as dificuldades do trabalho do ACS. Nesse sentido, Furlan (2010) destaca que quando se efetiva a existência

de um profissional responsável pela identificação das necessidades de saúde no território, na ponta do sistema, no caso o ACS, corre-se o risco de deflagrar maneiras de viver distantes do âmbito dos direitos humanos. Os ACS, em sua prática, acabam se defrontando e escancarando mazelas sociais que dependeriam da construção de políticas e de estratégias de intervenção mais amplas do que os limites das práticas de saúde. Essas observações vêm de encontro a esses relatos.

“ É muito importante a VD junto com outro profissional da equipe, para mim é uma oportunidade de mostrar na minha área, que também é difícil pro médico, enfermeira resolver o problema deles...eu tento, mas o posto não pode tudo, atender a todo mundo, resolver tudo, não dá...” (E6)

“Quando eu faço VD com alguém do posto eu quero saber se eu estou deixando de ver alguma coisa...é outro olhar de alguém que não sou eu, ajuda muito...” (E10)

“Amplia meu olhar porque aí eu troco com eles, porque o agente comunitário trabalha muito sozinho... então ele dentro da comunidade, as pessoas costumam ver ele como ele detém o poder e ele pode resolver o problema dele, de saneamento básico, o problema dele de saúde, o problema dele de consulta ... e aí eu levando uma pessoa da equipe, eu divido com ele esta responsabilidade e mostro para ele a vivência do meu trabalho... porque às vezes, de você falar você não consegue passar pra eles o que que você tá vivendo, só na palavra você não consegue, você precisa mostrar pra ele lá como que funciona o que que acontece... eu acho que é muito importante muito importante a visita com a equipe técnica pra eles estarem conhecendo e também a gente pra poder tá trocando.” (E11)

“Eu fico ouvindo como que eles orientam as famílias... eu quero saber se eu estou orientando bem... quando o médico vai eles não ficam cobrando consulta depois...”(E12)

Foi interessante também observar, que na busca ativa de um paciente com suspeita de tuberculose sinalizado pela ACS para a equipe, a odontóloga, por estar com maior disponibilidade de horário no dia, foi proceder à VD com a agente. Isso demonstra uma priorização pela necessidade do paciente e da população, e não um trabalho centrado por atribuição de categoria profissional. Ao interrogar alguns ACS, me foi dito que este é um procedimento natural na equipe, não só em casos de busca ativa, como também na divisão de responsabilidades perante as ações com a população.

Podemos dizer que as visitas domiciliares nesta unidade fazem parte do trabalho em saúde não somente para a coleta das informações preconizadas pela ESF e para

acompanhamento de grupos de risco. Também são desenvolvidas como uma prática inovadora. Além das informações oficiais, também levam a produção de informações sobre as condições de vida e necessidades sociais de saúde da população. Independentemente do motivo pelo qual são selecionadas às famílias a serem visitadas, as visitas domiciliares são desenvolvidas também a propiciar um caminhar no território e um conhecimento sobre as realidades vividas, como nos traz essa fala.

“ A visita domiciliar possibilita não só a questão de adentrar mesmo o território, conhecê-lo, se certificar do que ali acontece, do que existe ali, mas se colocar, a aí eu acho que a gente aprende demais com esse movimento de se colocar como parte da comunidade, também fazer parte desse território no processo de trabalho, sentir suas dificuldades e seus recursos...pra entender até que movimento a gente tem que fazer pra estar proporcionando uma reflexão da comunidade...” (E5)

As Reuniões Coletivas com a Comunidade

Há cinco anos, a equipe de saúde da família do Caxambu iniciou uma reflexão mais intensa sobre as condições de vida da população mais vulnerável atendida por essa unidade. Essa reflexão iniciou-se a partir da existência de um esgoto a céu aberto em uma microárea, como nos traz esse relato.

“ Nós, nas visitas domiciliares, começamos a observar que o ambiente estava muito deteriorado, e a partir de uma situação específica, de uma vala negra, um esgoto a céu aberto, reunimos a comunidade, fotografamos o local e fizemos uma grande mobilização da comunidade em torno deste problema... a comunidade se mobilizou, fizemos uma grande reunião na qual o secretário de saúde foi convocado, a Comdep [Companhia Municipal de Desenvolvimento de Petrópolis] a Águas do Imperador [Companhia de Águas de Petrópolis], o vereador da área... a partir daí iniciamos encontros para trocar mais com a comunidade.” (E5)

A partir dessa mobilização, a equipe passou a realizar reuniões mensais com a comunidade na área urbana, para diagnóstico e discussão dos problemas e necessidades locais. Por mais de um ano essas reuniões funcionaram como uma espécie de conselho local de saúde, ocorriam a noite e compareciam representantes da saúde e moradores. Enquanto não havia local para a associação de moradores funcionar, essas reuniões aconteciam na creche.

Elas levaram ao fortalecimento da associação de moradores da área urbana. Devido à dificuldade de horário para a participação de outros atores sociais e para a própria equipe, modificou-se o horário das reuniões para o horário de trabalho, e assim ampliou-se a representatividade de outros setores sociais. Essas reuniões passaram então a ser chamadas de “reuniões de rede”, vêm ocorrendo há três anos, são realizadas em espaços coletivos, como na creche, nas escolas, e são definidas como a reunião dos atores sociais no território. Há a participação dos profissionais do posto de saúde, da supervisão da equipe, representantes da escola, da creche, representantes da associação de moradores, representantes de instituições religiosas e de uma ONG local (Organização não Governamental) que há dois anos desenvolve um trabalho chamado “biblioteca de rua” na comunidade. Muitas vezes são convidados representantes de outros setores públicos para a realização de parcerias.

Essas reuniões geraram um conhecimento maior sobre as necessidades sociais de saúde da população e mobilizaram ações intersetoriais com a Comdep (Companhia Municipal de Desenvolvimento de Petrópolis) e a Ampla (Companhia de Eletricidade do Estado do Rio de Janeiro). Foi resolvido o problema de esgoto a céu aberto em uma parte da microárea 7, assim como o depósito de lixo no rio a partir de uma obra realizada pela Comdep, a qual realizou a cobertura de parte do rio e a construção de um canteiro com jardim ao entorno do mesmo. Foi também organizado um mutirão de coleta do lixo, num evento sobre o meio ambiente programado a partir da reunião. Houve a participação da Comdep, o que gerou a incorporação da coleta de lixo seletiva na comunidade, a qual vem sendo estimulada até hoje, apesar da resistência de alguns moradores. A partir dessas reuniões, iniciou-se um diálogo com a Ampla, liderado pela associação de moradores, para a instalação de rede de energia elétrica na via pública da microárea 1. Isso foi resultado de um diagnóstico local conjunto sobre a precariedade da iluminação pública nesta microárea, que favorecia ao consumo e tráfico de drogas, propiciado pelo isolamento desses locais, levando a maior vulnerabilidade de adolescentes e jovens.

A partir dos relatos dos entrevistados, pudemos verificar o comprometimento da equipe com essas reuniões, que surgiram da necessidade da equipe de trabalhar as questões relacionadas ao território, ampliar o conhecimento local a partir de uma interação mais intensa com a população e as instituições sociais locais.

“Já houve uma espécie de conselho de saúde local por mais de um ano, que gerou o fortalecimento da associação de moradores, a associação participa da reunião de rede... a gente começou a pensar como a gente poderia desenvolver um trabalho de maior conhecimento do território, dentro do território... daí

surgiram as reuniões de rede, pensando a unidade de saúde da família como uma instância catalizadora e articuladora das práticas sociais no território, esse é o objetivo das reuniões de rede... é aí que se começa a fazer um trabalho de promoção de saúde, que só é possível com a articulação dos demais atores do território.” (E2)

“Eu acho muito bom ter as reuniões de rede, a gente vai aprendendo mais sobre a comunidade e assim, se a comunidade vem cobrar, eu falo, gente vocês tem a reunião de rede, vocês podem ir lá como já foi feito né? A gente não faz nada sozinhos, sem vocês é difícil... até sobre a iluminação aí do Morro dos Anjos veio representantes né? veio até a Comdep veio a Ampla, tem que ser juntos...”(E11)

“Eu acho muito importante essas reuniões de rede, tão sendo muito boas, porque tão trazendo coisas boas pro nosso bairro, melhorou o rio, tá melhorando o lixo.” (E10)

“As reuniões de rede levam a uma parceria muito maior aqui na comunidade, a gente sente que os problemas estão sendo vistos por todos, que existe uma possibilidade de melhorar... é muito difícil, mas já conseguimos melhorar um esgoto que ia pro rio, vai ter a iluminação de uma microárea, a associação de moradores tem se empenhado, foi a partir dessas reuniões que isso começou...”(E8)

“A escola quer reformar a quadra e construir uma estufa, isso tudo foi discutido na reunião de rede, é pros alunos, pra comunidade...” (E9)

Gonh (2004, p.24) afirma que,

“Uma sociedade democrática só é possível via o caminho da participação dos indivíduos e grupos sociais organizados... é no território local que se localizam instituições importantes no cotidiano de vida da população, como as escolas, os postos de saúde etc. Mas o poder local de uma comunidade não existe a priori, tem que ser organizado, adensado em função de objetivos que respeitem as culturas e diversidades locais, que criem laços de pertencimento e identidade sócio-cultural e política.”

Podemos observar que as reuniões de rede vêm de encontro ao que afirma a autora citada acima. A proposta dessas reuniões é de um processo participativo de todos os envolvidos, com uma escuta de todos por todos, de forma a ampliar o conhecimento sobre as necessidades sociais locais. Dessa forma, procura-se organizar o poder da comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas no território. Podemos corroborar essas afirmações com o relato a seguir.

“Numa proposta de reunião de rede, cada “corpo social” do território pode estar levantando a agenda em determinado momento, é um processo dinâmico e democrático... por exemplo, pode ser que por questões de necessidade os representantes da população estejam levantando o problema e os outros setores participem como facilitadores... num outro momento pode ser a saúde, a educação, a ONG, as instituições religiosas...” (E2)

As reuniões de rede ocorrem com uma frequência trimestral, mas mantêm-se uma agenda continuada a partir destas reuniões e a discussão prossegue na equipe, na associação de moradores, nas reuniões de equipe, nas procedimentos coletivos na escola, nas VDs, como podemos extrair dessas falas.

“As reuniões de rede nos fazem ter uma grande interação com a educação... a saúde e a educação tem que trabalhar juntas com a comunidade, com a associação de moradores... não adianta a saúde sozinha...essas reuniões são os encontros, mas depois, até a próxima reunião os assuntos discutidos continuam, nas vezes que a gente vai na escola, nas VDs, nas reuniões de equipe... eu acho que gera muito conhecimento que a gente não tinha sobre a comunidade.” (E4)

“ A reunião leva a uma agenda continuada e permanente... aí que você tem uma idéia de como construir um caminho, a partir da troca permanente, orientada por um conhecimento inicial gerado pela reunião... a troca com a equipe, com a comunidade em várias ações do dia a dia, com a associação de moradores, com a escola em várias oportunidades... a escola esbarra, por exemplo, na questão das famílias de risco social, esbarra na violência, esbarra na repetência, na falta às aulas, e a gente vai ver que existe uma superposição desses mesmos problemas na área da saúde, com essas mesmas famílias... então se você, começa a reunir, estruturar um trabalho de rede, a gente pode fazer um diagnóstico mais amplo, compreender o contexto que leva a essa vulnerabilidade, construir com as instituições, com a comunidade ações mais amplas e não pontuais em cada setor...” (E2)

Durante o trabalho de campo, foi possível observar durante uma reunião de rede a parceria entre os atores sociais em busca de um diagnóstico local embasando as ações em saúde, assim como a interação dos mesmos na busca da melhoria da vida da população. Os profissionais da unidade de saúde levaram a questão da constituição da equipe profissional do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), para compor essa equipe de acordo com as necessidades não só apontadas pelo posto, mas também pelos demais atores sociais. A escola então colocou as necessidades dos alunos por profissionais de Fonoaudiologia e Psicologia, aos quais as professoras indicam os alunos e as mães têm grande dificuldade para conseguir atendimento para seus filhos. Também foi observada a parceria firmada entre os profissionais

da biblioteca de rua e os demais atores. A biblioteca de rua é uma ONG que atua há dois anos na área urbana do Caxambu, aos sábados, promovendo a leitura e atividades de teatro para as crianças. Elas trouxeram a necessidade de se trabalhar as mães dessas crianças para melhorar a aprendizagem e o interesse das crianças pela leitura, pois têm observado pouco envolvimento das mães no projeto da biblioteca. Firmou-se uma parceria com as agentes de saúde e outros profissionais do posto para um projeto de ioga com as mães no mesmo horário da biblioteca, para facilitar a participação das mesmas. Também foi discutido nesta reunião a organização da festa da primavera na escola, com a participação da saúde, da ONG, da associação de moradores. Nesta festa seria realizado um abaixo-assinado junto à população, a qual já vinha lutando para a reforma da quadra esportiva e construção de uma estufa com horta na escola, a ser entregue aos órgãos competentes. Essa ação já estava na agenda desde a última reunião e já havia sido formulada a planta deste projeto por um engenheiro, a qual ficou sob a responsabilidade da equipe de saúde conseguir para ser apresentada para a comunidade aprovar na festa da primavera.

A equipe também participa das reuniões de agricultores na área rural, as quais também ocorrem trimestralmente. Essas reuniões ocorrem há mais ou menos quatro anos, e decorreram de um projeto da Fiocruz sobre o uso de agrotóxicos, realizado em parceria com as equipes de saúde da família nas áreas rurais de Petrópolis. Elas vêm gerando um conhecimento sobre as necessidades dos pequenos agricultores, também de forma continuada, pois a partir dos encontros, a equipe coloca na agenda as necessidades encontradas e procura parcerias, principalmente com a assistência social, como podemos observar a seguir.

“Participamos de um projeto da Fiocruz, Vida e Saúde no campo, sobre o uso de agrotóxicos, isso teve como desdobramento a gente devolver esse trabalho para a comunidade e estar problematizando com eles sobre essa área agrícola...a gente tem na área rural em torno de 500 famílias, 1800 pessoas... não tínhamos um protocolo voltado para a área rural... para o homem do campo, para o uso de agrotóxico...” (E2)

“As reuniões de agricultores surgiram após um trabalho realizado em parceria com a Fiocruz, sobre agrotóxicos... essas reuniões são muito interessantes, porque a princípio seria para a gente trabalhar as questões ambientais, uso de equipamentos de proteção, o risco do uso de agrotóxicos, mas estamos trabalhando também a questão da aposentadoria rural, uma necessidade desta comunidade, levantada por eles... daí se levantou que as mulheres não assumem sua condição de pequenas agricultoras, se dizendo do lar, não tendo então como comprovar o ofício para aposentadoria... estamos trabalhando essa questão com as mulheres mais jovens, para poderem mais tarde ter uma renda, o que as mais velhas não estão tendo, mas estamos

tentando com a assistência social.. a gente já trouxe o pessoal do INSS para discutir com eles... esse conhecimento surgiu dessas reuniões...” (E5)

“A gente viu que os agricultores tem mais cuidado com o uso do agrotóxico, com o descarte das embalagens...isso foi após o projeto e dessas reuniões que ocorreram por causa do projeto da Fiocruz...”(E6)

Apesar de na jornada de trabalho da equipe ser priorizado o atendimento aos programas de saúde normatizados pelo ministério, a equipe procura também realizar práticas coletivas que propiciem à participação comunitária. Podemos observar que as reuniões comunitárias estão na agenda da equipe e são realizadas de forma a catalizar os saberes dos diversos atores sociais a partir de uma disponibilidade permanente ao diálogo. Isso tem gerado um maior conhecimento sobre a situação de saúde e as condições de vida da população e propiciado que a equipe articule junto aos demais atores sociais algumas ações intersetoriais que têm levado a melhorias para a comunidade. Isso nos aponta para um prática inovadora em saúde. Nesse sentido, Araújo e Rocha (2009, p.1449) ao analisarem a mudança de práticas em saúde nas equipes de saúde da família no município de Natal, destacam.

“Ao sinalizar a intersetorialidade, o DSC [discurso do sujeito coletivo] deixa claro o caráter substitutivo da ESF ao modelo hegemônico. O entendimento da complexidade da situação sócio-sanitária dos espaços de atuação das equipes leva à busca de parcerias com diversos setores. A incorporação de novas tecnologias de trabalho (leves), como as reuniões com a comunidade, representa a criação de canais de comunicação (espaços coletivos) para discussão conjunta dos problemas, o que significa que se estabelece com a comunidade uma relação de interação. Isso reforça que estão se processando mudanças no fazer dessas equipes.”

Em consonância com os resultados encontrados pelos autores citados, observamos que as ações intersetoriais promovidas na área adscrita à unidade de saúde da família do Caxambu partem de um diagnóstico local a partir de uma interação-comunicação dos atores sociais no território, o que nos aponta uma prática inovadora, um esforço da equipe para *novos modos de fazer* em saúde.

As Reuniões de Equipe

As reuniões de equipe ocorrem semanalmente, normalmente, com a presença do supervisor gerencial da equipe. A supervisora de assistência social, quando solicitada pela

equipe ou quando tem resposta a alguma demanda da comunidade também participa. Essas reuniões são organizadas de forma a terem um coordenador e um responsável por redigir o livro Ata. As anotações sobre todas as reuniões estão anotadas neste livro, possibilitando que as informações das reuniões pregressas sempre possam ser revistas e avaliadas. Uma vez ao mês há uma reunião com os profissionais de nível superior e técnico para discussão e organização do processo de trabalho dentro das competências profissionais. Além disso, há um horário semanal destinado a reunião das agentes de saúde com a enfermeira para demandas das agentes e organização do processo de trabalho.

De acordo com as características do processo de trabalho na ESF descritas na PNAB (2006), deve ser realizado o diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes a partir do trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.

Mas, para essa maior integração no processo de trabalho, é preciso ser superada a contradição dentro da própria ESF, a qual enfatiza o trabalho em equipe ao mesmo tempo em que cobra, prioritariamente, a partir de seus instrumentos de coleta de dados, números de consultas e de procedimentos por categoria profissional. Nesse sentido, Franco e Mehry (2004) ao problematizarem o trabalho das equipes de saúde da família, afirmam que o PSF com seu caráter prescritivo pode propiciar aos profissionais assumirem a atitude de isolar-se em seus núcleos de competência. Afirmam ainda que enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando “um campo de produção do cuidado” que seja comum a maioria, não se pode dizer que haja trabalho em equipe.

Nessa perspectiva, Ribeiro e Blank (2004, p.444) afirmam que,

“Trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingí-los.”

Em consonância a estas reflexões, Andrade et al (2004) destacam a importância da organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe, afirmando que a equipe de saúde da família tem princípios calcados na ética, e não pode exercê-los integralmente se não for criado no seu interior um espaço de debate e decisão democrático e participativo. É

necessário, portanto, que os profissionais tenham momentos de encontro, de troca de saberes, de escuta ao outro, para de forma integrada pensar um processo de trabalho tanto individual como coletivo, voltado para as necessidades da população

Dessa forma, a reunião de equipe pode ser um importante dispositivo para a reflexão sobre um trabalho compartilhado, sendo um espaço catalizador de informações em saúde geradas por todas as atividades da equipe, coletivas ou individuais, um espaço que fortaleça o vínculo e o diálogo entre os profissionais da equipe. Não apenas um espaço formal para demandas burocráticas em prol de um processo de trabalho normatizado. Deve ser, ao contrário, um espaço que traduza um trabalho em equipe integrado, potencializador para uma nova prática em saúde a partir da construção de um projeto coletivo que vise às necessidades da população.

Observamos, durante o trabalho de campo, que as reuniões de equipe na Unidade de Saúde da Família do Caxambu geram um fluxo de informações advindas das atividades realizadas no processo de trabalho dos profissionais, dessa forma propiciando uma construção compartilhada de conhecimento sobre a situação de saúde local. E também observamos que são desenvolvidas de forma democrática e participativa, promovendo interação e consensos entre os profissionais. Essas afirmações podem ser corroboradas pelos seguintes relatos dos profissionais.

“Sempre nas nossas reuniões de equipe a gente discute as questões das visitas... é na reunião que existe o maior fluxo de informações entre a equipe... não é uma reunião burocrática, nós discutimos vários pontos do nosso trabalho, programamos ações, existe sempre uma agenda que a gente segue.”
(E5)

“A reunião de equipe tem um aspecto administrativo, de organização, mas fundamentalmente ela é um momento de troca e aprofundamento das questões sobre o trabalho desenvolvido... é o momento que a gente senta e reflete sobre a nossa prática.” (E2)

“Nas reuniões todos tem voz, as opiniões são acolhidas e discutidas, é um momento de interação da equipe, de trazer os problemas que enfrentamos.”
(E6)

“Nas reuniões de equipe a gente discute o processo de trabalho, o desenvolvimento de ações, a gente discute sempre sobre os encaminhamentos das reuniões de rede, como nós vamos fazer o que ficou na nossa responsabilidade... decidimos também sobre folgas, sobre queixas da população, sobre algum problema que aconteceu na semana...” (E11)

Ao analisarmos o livro Ata das reuniões de equipe nos últimos dois anos, observamos que nesses momentos são abordados assuntos de ordem administrativa, como melhorias no espaço físico do posto, problemas com o abastecimento de água e energia elétrica, mas principalmente são abordados assuntos ligados a organização do processo de trabalho. Sempre há uma pauta inicial a ser abordada no dia, a qual é articulada no início da reunião a partir das demandas trazidas por todos e então essa pauta é desenvolvida. Várias situações e ações são discutidas e planejadas pela equipe, como podemos citar:

- planejamento e articulação para o ano que se inicia;
- situações verificadas a partir das VDs de todos os profissionais, relacionadas às famílias e ao território, como dificuldade de transporte nas microáreas; famílias de maior vulnerabilidade; como está o cuidado das mães aos recém-nascidos; visitas da defesa civil a moradias; interdição de moradias pela defesa civil devido à precariedade; despejo de moradores por falta de pagamento do aluguel; família despejada não tendo um local para se instalar; caso de leptospirose em uma microárea; suspeita de tuberculose em um morador; adolescentes grávidas; e diversas outras informações sobre a situação de saúde e as condições de vida da população que são trocadas durante a reunião de equipe;
- discussão sobre melhora dos indicadores do SIAB, sobre atualização das fichas de cadastro das famílias e de cadastro nos programas;
- é realizada sempre a marcação das visitas domiciliares dos profissionais de nível técnico e superior durante a semana, revezando as áreas e conforme as necessidades (inclusive a necessidade de melhor conhecimento da microárea);
- são discutidos os encaminhamentos e as avaliações das reuniões de rede;
- é discutido o relacionamento interpessoal da equipe frente à sobrecarga de trabalho;
- são programadas diversas ações como: caminhada ecológica com a comunidade com a realização de Pic-Nic harmônico; estudo na equipe para a captação da clientela; avaliação dos grupos do Bolsa-família; apresentação do diagnóstico de saúde na creche; mobilização para quórum nas reuniões comunitárias; programação para a semana da mulher; desenvolvimento do projeto adolescente grávida; trabalho com as crianças com grupo de fantoche do sertão do Carangola; trabalho com grupo de fantoches na reunião do grupo de hipertensos e diabéticos; confraternização do grupo de hipertensos e diabéticos; apresentação das propostas na reunião de redes, como grupo de adolescentes com a escola, parceria com a Universidade Católica de Petrópolis e instituições de arte para desenvolvimento de projeto cultural com a comunidade; projeto do lixo reciclável; entre outras.

- elaboração de propostas, pela equipe, para apresentar ao novo gestor para estruturar a política municipal.
- programação das campanhas de vacinação.
- estímulo à participação de todos da equipe na Conferência Municipal de Saúde, mas efetivamente ocorreu a participação do médico e da enfermeira. Vale ressaltar que nenhum profissional da equipe é membro do Conselho de Saúde.

Há também relatos das intervenções familiares solicitadas à Assistência social. As supervisoras de Assistência social percorrem o território junto aos profissionais para a realização de visitas domiciliares a famílias de maior vulnerabilidade. Há vários relatos no livro Ata sobre ações solicitadas a essas supervisoras, como podemos citar: visitas a famílias vulneráveis necessitando de ação do Conselho Tutelar; visitas a famílias de agricultores para informações sobre a aposentadoria; visitas às famílias vulneráveis para cadastro nos Programas Sociais, como Bolsa Família e Cesta Cheia; visita a paciente que foi internada em leito psiquiátrico na urgência para avaliar problema social; informações às famílias vulneráveis sobre direitos em relação à Previdência e ao INSS, visita à família pela Vara da Infância e Juventude. Durante a segunda fase do trabalho de campo, pudemos observar que o trabalho desenvolvido pela supervisão de Assistência social é um grande potencializador de produção de conhecimento sobre a situação de saúde no território. Concluimos que teria sido de grande valia a realização de entrevistas com as supervisoras da assistência social na primeira fase do trabalho de campo realizada junto à Coordenação da ESF no município.

A participação da supervisão gerencial nas reuniões está focada principalmente em demandas relacionadas ao trabalho normatizado pela ESF, como necessidade de atualização das fichas do SIAB; necessidade de melhorar indicadores, cobertura de preventivos, nº de gestantes atendidas; informes sobre agenda da Educação Permanente; informes sobre ações programadas a nível central que a equipe deverá realizar ou participar, como campanhas de vacinação, projetos da Secretaria de Saúde ou projetos de outros órgãos do governo envolvendo a saúde (como sobre violência); cobranças sobre atendimentos a pacientes adscritos à área da unidade que foram atendidos em outras unidades de saúde (como para realização de curativos); e demandas administrativas.

A supervisão potencializa pouco uma discussão sobre o processo de trabalho da equipe no território, porém participa da discussão potencializada pela equipe. Pudemos observar que a avaliação do trabalho da equipe pela supervisão se baseia nas informações normatizadas pela ESF, através dos consolidados do SIAB. De acordo com essas observações,

Facchini et al (2006) ao avaliarem o desempenho do PSF em 41 municípios no sul e nordeste do Brasil destacam que na maioria dos municípios analisados a supervisão era de caráter informativo, com vistas a repassar aos profissionais de saúde e coordenadores de UBS normas e procedimentos burocráticos, geralmente associados ao faturamento do SUS ou a reclamações de usuários e da mídia.

No município de Petrópolis, segundo os relatos dos supervisores, já apresentados no capítulo anterior, isso se deve a sobrecarga de funções da supervisão, o que limita as possibilidades da construção conjunta de um “projeto de supervisão” que possa subsidiar uma nova prática em saúde. Portanto, as iniciativas inovadoras partem de equipes que se empenham em superar um trabalho pautado por ações e procedimentos normatizados, os quais limitam a realização de um diagnóstico ampliado da situação de saúde, assim como a integralidade do cuidado aos indivíduos, às famílias e à comunidade.

Também observamos nas reuniões da unidade de saúde da família do Caxambu a formatação de uma “coordenação colegiada” na equipe, formada por um profissional de nível superior e dois de nível técnico, incluindo o agente de saúde. São três equipes que alternam a coordenação de quatro em quatro meses, ficando responsável por lembrar e cobrar os encaminhamentos decididos nas reuniões, assim como em outras atividades coletivas da equipe. É uma forma de co-gestão da equipe e de divisão de tarefas, de modo a diluir hierarquias, responsabilizando todos pelo bom andamento do trabalho, como fica evidente nesses relatos.

“A coordenação fica atenta aos encaminhamentos das reuniões de equipe, das reuniões de rede, é responsável por lembrar e cobrar as ações durante a semana, que foram programadas nas reuniões.” (E2)

“A coordenação não é só o médico, o dentista, o agente é a representação da equipe naquele momento.”(E8)

“É muito importante ter alguém para lembrar e cobrar, pois senão o trabalho se perde frente a tantas demandas...não dá para lembrar de tudo, é muita coisa pra fazer.”(E3)

“A gente procura romper com a tendência de se achar que o enfermeiro deve ser o coordenador da equipe... é certo que ele é um referencial para o agente de saúde, ele deve organizar mais de perto o processo de trabalho do agente, mas sempre procurando levar para a equipe todas as dificuldades e necessidades dos agentes, para todos terem esse conhecimento... todos trabalham junto aos agentes.”(E5)

Verificamos, portanto, que a reunião de equipe na unidade de saúde da família do Caxambu não é conduzida de forma burocrática, sendo desenvolvida de forma democrática e participativa, possibilitando um fluxo de informações sobre o processo de trabalho dos profissionais e sobre as realidades locais, além das informações normatizadas pela ESF. Dessa forma, configurando-se como uma prática inovadora, que tem ampliado o conhecimento sobre a situação de saúde e as condições de vida da população.

Grupos de Educação em Saúde

Na agenda programada pela equipe de saúde do Caxambu, existe um turno por semana dedicado aos grupos de educação em saúde. A cada quarta-feira pela manhã são alternados os seguintes grupos com frequência mensal: grupo do Bolsa Família; grupo de gestantes; grupo de adolescentes; grupo de hipertensos e diabéticos. É concordante na equipe a necessidade de se empreender um esforço permanente para trabalhar grupos de educação em saúde, para manter a frequência e o interesse da população.

O trabalho voltado para os adolescentes, o qual na realidade não é um grupo formal, mas sim atividades com adolescentes, já foi “inventado” e “reinventado” várias vezes, como nos traz esse relato.

*“Nós já fizemos várias tentativas de manter um trabalho com os adolescentes, assistindo filmes com eles, promovendo debates, ir até eles na escola, pois com certeza lá eles estão, promovendo concurso do sorriso, eles mesmos se votavam, aí ganhavam foto, fizemos uma parceria com uma loja de fotografia... mas é muito difícil a adesão dos adolescentes... agora vamos desenvolver um projeto a partir da implantação da caderneta do adolescente, em parceria com as escolas... vamos programar juntos na reunião de equipe.”
(E3)*

Se no mês não houver nenhuma atividade programada com adolescentes, esse espaço na agenda pode ser utilizado para outras atividades como VD ou fechamento de estatísticas, mas procura-se tentar mantê-lo sempre aberto para uma nova programação de alguma atividade com este ciclo de vida, pois o espaço é priorizado para isso. Durante o trabalho de campo desta pesquisa, houve a solicitação pela Coordenação do Programa do Adolescente junto com a Coordenação da ESF para a implantação da Caderneta do Adolescente (produzida pelo Ministério da Saúde) nas Unidades Básicas de Saúde do município. A equipe aproveitou este espaço já construído na agenda para programar uma atividade junto às escolas e assim

iniciar este processo de trabalho. Foi realizada uma reunião com os professores e as diretoras das escolas e decidiu-se pela realização de uma “Tarde de Talentos”, a qual ocorreu na escola da área rural com grande participação dos adolescentes. Neste evento, foi apresentada a Caderneta de forma criativa por toda a equipe. A partir disso foi programado um trabalho conjunto da educação e saúde com os adolescentes, na perspectiva de se manter um diálogo permanente entre os profissionais na busca do melhor caminho a seguir.

Os grupos do Bolsa Família²¹ sempre ocorrem todo o mês. Existem cerca de 350 famílias cadastradas pelo Programa, as quais são praticamente as mesmas cadastradas no Programa Social Municipal Cesta Cheia²² - Família Feliz. São famílias de baixa renda e de risco social. O Programa Bolsa Família prevê condicionalidades para manter ativo o cadastro dessas famílias. As seguintes informações devem ser repassadas regularmente pelo setor da saúde e da educação para a gestão do Programa, como: vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças abaixo de 7 anos; informação sobre o pré-natal de gestantes, assim como o acompanhamento de nutrizes e recém-nascidos; matrícula e frequência de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos à escola (mínimo de 85% de frequência); assim como frequência mínima de 75% de adolescentes de 16 a 17 anos. Já o programa Cheia Cesta Cheia - Família Feliz, implantado na unidade do Caxambu em 2003, fornece às famílias cadastradas, semanalmente, uma cesta com 10 quilos de produtos hortifrutigranjeiros a R\$3,00. O Programa também previa a realização de ações intersetoriais de promoção de saúde envolvendo essas famílias, que deveriam ser desenvolvidas pela equipe junto às secretarias de governo. Principalmente, o programa deveria favorecer a interação do setor saúde com a secretaria de assistência social, assim como o encaminhamento dessas famílias a programas de geração de renda (PMP, 2001). Porém, os programas de geração de renda não se fazem quase presentes no município, e a ação intersetorial depende do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família. A equipe do Caxambu acompanha essas famílias dentro do trabalho que já desenvolve no território junto com a assistência social e no acompanhamento de crianças e gestantes da comunidade.

²¹ O Bolsa Família é um programa federal de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. Atende mais de 12 milhões de famílias em todo território nacional. A depender da renda familiar por pessoa (limitada a R\$ 140), do número e da idade dos filhos, o valor do benefício recebido pela família pode variar entre R\$ 32 a R\$ 242 (BRASIL, 2011).

²² Os critérios de elegibilidade das famílias são: número de crianças, pai e mãe desempregados, renda familiar, famílias com idosos, portadores de doenças crônicas e carência nutricional. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS, 2001).

No grupo de educação em saúde do Bolsa Família a equipe se divide. Todo mês o grupo da área rural ocorre no posto e o grupo da área urbana ocorre na igreja, na microárea 1. As agentes acompanham todo mês o grupo da sua área, enquanto os profissionais de nível médio e superior se dividem entre os grupos, com frequência de 2 em 2 meses em cada um. Os profissionais referem que a frequência das mães ao grupo não é constante já que não há mais a pesagem das crianças no dia do grupo, isso ocorre no posto durante as consultas agendadas conforme a frequência necessária. A equipe sempre realiza os encontros, mantendo esse canal de comunicação sempre aberto a essas famílias, como podemos observar a partir dessas falas.

“ Nós começamos fazendo várias tentativas, fizemos a bolsa família aqui no posto com todas as famílias, era uma coisa assim de outro mundo que ninguém conseguia dar conta e aí nós fomos tentando, tentando, tentando, até chegar a esse modelo que a gente tá hoje ... sempre tem um tema... a nossa intenção é de sempre que elas proponham qual o tema que elas querem... porque a gente quer, tem vontade de fazer desse momento um momento não só da gente falar, de palestras nada disso, a gente quer que elas escolham o que elas querem debater, até mesmo pra elas terem prazer e vontade de tá ali...” (E10)

“Antes essa reunião do bolsa família era uma loucura, traziam as crianças, a gente tinha que pesar e medir todas as crianças, essa coisa de pegar a massa, trabalhar pesando a massa, olhar a criança como massa, não olhar no olho, isso não dava certo... isso me angustiava muito, aí nos fomos mudando, fomos passando a olhar no olho da mãe para compreender o que se passa...aí nos fomos fazendo o grupo como é agora...essas crianças são atendidas no posto, com programação, de acordo com a idade...fundamentalmente o bolsa família abre um canal para a gente conhecer mais a comunidade, isso é muito legal...”(E5)

“ A gente conversa sobre o programa, sobre o que tá acontecendo, se for na época de ter dengue eles querem saber, a gente conversa sobre dengue, sobre alimentação, o cesta- cheia...” (E6)

Os profissionais relatam que muito já conheceram da realidade dessas famílias a partir do grupo, da interação que ocorre, do diálogo com as mães. Durante o trabalho de campo, ao observar um grupo de bolsa família realizado na área urbana com a participação apenas das agentes de saúde, pois o restante da equipe estava participando do grupo da área rural, foi possível observar que apesar do grupo não estar muito cheio, houve uma grande interação. Um único pai presente levantou o assunto sobre a necessidade de dar limites aos filhos, relatando um problema com seu filho. As mães presentes foram então muito participativas, fazendo também relatos sobre a relação com seus filhos. As agentes de saúde envolveram no

assunto o papel da escola e da saúde. Foi interessante observar o potencial deste ator, o agente de saúde, para o desenvolvimento de grupos com a comunidade a partir de uma linguagem comum a todos e da compreensão sobre as dificuldades enfrentadas por essas famílias, já que o mesmo faz parte desta população. Notou-se uma vontade e um interesse do agente de saúde em desenvolver esse tipo de atividade, como nos traz esse relato.

“... mas o que realmente a gente precisa delas é que elas vão lá, que elas participem e que elas entendam porque que elas recebem o bolsa família... não é só por causa do peso das crianças, é para tentar melhorar as dificuldades que elas enfrentam...” (E8)

As agentes de saúde também participam, semanalmente, em um horário pela manhã, da entrega das cestas pelo ônibus da Prefeitura com os produtos hortifrutigrangeiros para as famílias cadastradas. Referem que este é um momento de interação, um canal de diálogo durante a espera na fila, que gera informações sobre essas famílias mais vulneráveis. Essas informações são levadas para a equipe e podem gerar ações mais emergenciais. A falta de alguma família também é uma informação importante, mostra que é preciso realizar uma visita domiciliar mais urgente, como nos mostra os seguintes relatos.

“É um momento de interação, de troca de olhar, de perceber a família que às vezes você não encontra em casa... por ali todas essas famílias vão passar toda semana, então é uma oportunidade de estar sempre com elas, sempre tem alguma coisa que a gente fica sabendo, como o motivo de falta à consulta, uma reclamação do posto, o marido perdeu o emprego...” (E12)

“Quando não vai alguém da família pegar a cesta, é uma alerta, será que eles não têm os R\$3,00?... será que alguém tá doente, passando mal... a gente logo procura saber notícia, faz visita...” (E8)

“O cesta cheia nos ajuda muito no trabalho, quando a gente tem algum recado pra passar, alguma informação a gente pensa, tem o cesta cheia na sexta-feira, a gente pode resolver isso lá...” (E11)

“A gente procura aproveitar bem tudo que a gente tem aqui, o cesta cheia foi implantado em 2003, então foi um trabalho bem legal de estudo de situação social para levantar as famílias que seriam cadastradas... ele nos faz ter uma parceria o tempo todo com a Setrac [Secretaria]... tanto o cesta cheia como o bolsa família são mecanismos que nos fazem estar com um canal aberto com essas famílias mais vulneráveis.” (E5)

Quanto ao grupo de gestantes, observamos que é realizado procurando a integralidade do cuidado. Participam do grupo os profissionais de nível médio e superior e a agente de saúde que estiver na recepção. Inicialmente, há um momento de interação e diálogo entre os profissionais e as gestantes, com estímulo para que haja troca de experiências entre as mesmas e os profissionais sobre cuidados e amamentação. Após o grupo, inicia-se o atendimento com os três profissionais de nível superior, o médico, a enfermeira e a odontóloga. Há revezamento mensal das gestantes em atendimentos com o médico e a enfermeira, e também foi observado a prática da interconsulta entre esses dois profissionais sempre que necessário. Segundo Duncan et al (2004), interconsulta é a consulta que se dá por intermédio de, e junto a outro profissional, diferente da consultoria, em que o paciente vai até outro profissional, na mesma unidade ou não, é avaliado e retorna com um sugestão de plano de ação. Na interconsulta este processo é dinâmico, isto é, o plano de ação será o resultado da interação dos três: paciente, consultor e consultante. Portanto, o grupo de gestantes é uma prática que aproxima-se da integralidade do cuidado, como nos aponta essas falas.

“A gente faz o grupo antes do atendimento para trabalhar com todas as gestantes, das que fazem o pré-natal no posto, pois tem as que não fazem aqui... a gente quer que elas troquem, é um momento tão especial, mas também tão cheio de dúvidas... estimulamos muito a amamentação, iniciando assim já a promoção da saúde da criança.”(E3)

“A prática da interconsulta é uma prática nossa frequente aqui no posto, não só com atendimento de gestantes... isso é fruto da nossa interação, da nossa relação, já pensou referir a gestante para outro local de atendimento por não haver essa abertura entre os profissionais? Como realizar grupos assim, a prática tem que ser integral como um todo.”(E5)

A equipe também realiza uma vez ao mês um grupo de educação em saúde com hipertensos e diabéticos. Observamos que o foco não é a doença e sim a troca de experiências a partir das situações de vida dos indivíduos. Não está vinculado à entrega de medicação, a qual o paciente pode receber em qualquer dia no posto. Portanto, observamos que a frequência da população se dá devido ao vínculo e a interação propiciada através da dinâmica do grupo, como está relatado a seguir.

“Antigamente o grupo de hipertensos era assim, eles tinham que assinar o livro de presença senão não recebiam remédios, mas percebemos que um grupo de educação em saúde em que as pessoas são obrigadas a ir, não rende, não tem sentido.” (E2)

“Antes a gente fazia o grupo na igreja, ficava lotado, todo mundo ia pra ver a pressão e assinar para poder pegar o remédio... mas eles têm as consultas pra isso... quem vem no grupo vem porque se sente bem, isso faz até a doença melhorar.” (E6)

“ Os pacientes gostam de vir ao grupo, vão as passeios com a gente, criam vínculo com o posto... o grupo é muito bom para a gente conhecer melhor eles, interage mais...” (E4)

No grupo de hipertensos e diabéticos observado no trabalho de campo, apesar da participação de todos ser estimulada, tanto da população, como dos profissionais da equipe, observamos pouca participação das agentes de saúde quando comparamos ao grupo do bolsa família. Elas estão presentes, mas notamos a liderança do grupo ser dos profissionais de nível superior. Esse fato não foi observado nas reuniões de equipe, onde elas são participativas e colocam suas opiniões como todos os outros profissionais, assim como nas reuniões comunitárias, o que nos faz pensar que não existem hierarquias impostas na equipe. No grupo do Bolsa família, onde não havia outros profissionais da equipe participando, elas foram muito participativas, potencializando uma interação com as mães e o pai que estavam presentes.

Isso aponta para a reflexão de Cunha e Frigotto (2010, p.818) sobre o processo de trabalho dos agentes de saúde, ” Efetivamente, a dimensão educativa inscrita neste ofício é um dos aspectos que mais traz satisfação aos agentes e os distingue em suas localidades. Há uma aposta na busca de conhecimentos e de caminhos para a ação junto aos moradores.” Porém, no grupo de educação em saúde com a participação de toda a equipe talvez seja um momento em que eles sentem a ambiguidade do espaço que ocupam, ou seja, fazem parte da comunidade assim como são membros da equipe de saúde. E, portanto, sintam que a dimensão educativa, nesse momento, não os distingua em sua localidade frente aos profissionais de nível superior, vistos pela população e mesmo pelos agentes, como “detentores” de um conhecimento científico. Os seguintes relatos reforçam essa idéia.

“ No grupo de hipertensos eu prefiro ouvir mais o que o Dr Cândido fala, a Virgínia fala, eu não tenho muito o que falar... gosto de ouvir os pacientes, eles gostam do grupo.” (E6)

“Todos na equipe podem questionar, todos tem voz... mas eu acho que nos grupo de hipertensos, o médico, a enfermeira eles têm como responder às perguntas da pessoas...” (E7)

“A nossa participação é muito bem acolhida , pelo contrário eles apoiam, eles mesmos deram a idéia que a gente tem que caminhar por pernas próprias... eles incentivam no grupo de hipertenso a gente ter uma idéia, tanto que pergunta: o que você trouxe pro grupo , qual o teu planejamento hoje, qual o teu tema pro grupo de hipertenso? pro bolsa família?... então eles acham, tanto o doutor Cândido, até a dentista, que a gente se coloque... eles tão sempre cobrando isso... na maioria das vezes as agentes não se colocam no grupo, são poucas que se colocam, tem umas que se sobressaem mais, falam mais, mas na maioria das vezes não... se colocam mais no bolsa família que muitas vezes as agentes que fazem.” (E11)

Nesse sentido, Oliveira e Furlan (2010) destacam a contribuição de Campos a partir do método para a análise e co-gestão de coletivos, para a compreensão de que o objetivo do grupo está tanto em trazer o tema e o objeto para análise, produzir valores de uso que atendam a necessidades sociais, como entrar no campo de constituição dos sujeitos e coletivos. Ao mesmo tempo em que o grupo trabalha e analisa seu objeto de interesse, ele deve fazer a análise do que ocorre em seu interior: o campo das relações, suas contradições internas, os sentidos, a vinculação.

Observamos que após os grupos a equipe faz uma breve reflexão sobre o encontro, momento onde poderia ser potencializada uma discussão sobre a dinâmica de toda a equipe dentro dos grupos.

Observamos também que a equipe procura novos caminhos para trabalhar os grupos de educação em saúde, trazendo contribuições importantes para o trabalho e para o conhecimento das realidades vividas pelos moradores, como nos mostra o seguinte relato.

“Na educação em saúde já trabalhamos com contos, contos de histórias para os hipertenso, idosos... estamos programando para o próximo mês trabalhar um conto com os idosos... então a gente conta uma história, e uma história tem vários elementos, várias imagens, de mitos, de coisas, e as pessoas se identificam, elas pensam na história... você acha que são umas pessoas simples, mas elas têm uma riqueza de percepção de imagens muito grande... e aí a gente passa a conhecer melhor as experiências de vida de cada um através das sua percepções... então eu acho que isso é um diferencial na abordagem da educação em saúde.” (E2)

Isso nos aponta para o referencial da Educação Popular em Saúde para trabalhar esses grupos, a qual procura levar a uma compreensão das condições e razões que levam os indivíduos a adotar comportamentos e atitudes de risco, e não a prescrever regras de conduta e mudanças de estilo de vida. A Educação Popular em Saúde traz essas novas possibilidades de trabalho com grupos, a partir de métodos não “formais”, ao invés de palestras onde o

profissional é o detentor do conhecimento e deve transferí-lo para a população. Esses novos “*modos de fazer*” no trabalho com grupos de educação em saúde, como o trabalho com contos já utilizado pela equipe de saúde do Caxambu, traz novas possibilidades para a equipe produzir conhecimento sobre o processo de saúde-adoecimento dos indivíduos e da coletividade. Isso se dá a partir do conhecimento de suas experiências de vida, como nos aponta Rosa (2007, p.120).

“ Contos literários ou populares possibilitam reflexões das histórias de vida. Assim, contos e histórias de vida são bases e ferramentas do trabalho na Educação Popular em Saúde mental. Por meio dessa metodologia é possível conhecer as concepções da população com quem trabalho. Em dinâmicas de grupo, o conto faz provocações com resultados enriquecedores individuais e coletivos.”

Essas reflexões sobre a condução de grupos de educação em saúde são reforçadas por Stotz (2007) ao afirmar que para se desenvolver uma atividade educativa na qual os saberes dos técnicos e da população contribuam para a construção de conhecimento em saúde, é fundamental partir da realidade dos sujeitos envolvidos e problematizá-la. O autor ainda enfatiza que o método da Educação Popular parte do saber popular, portanto leva a construção de conhecimento pela equipe sobre as experiências de vida da população, o que não seria possibilitado por palestras formais sobre doenças e agravos, como nos aponta a seguir.

“ O traço fundamental da educação popular e saúde está no método: o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. Na saúde isso significa considerar as experiências das pessoas (sobre o seu sofrimento) e dos movimentos e organizações populares (em sua luta pela saúde) nas comunidades de moradia, de gênero, de raça e de etnia.” (STOTZ, 2007, p.55)

Em consonância com estas reflexões, Oliveira e Furlan (2010, p.256) afirmam que “As ações em saúde com os grupos e coletivos terão mais eficácia se forem realizadas *com* as pessoas que habitam este território. Pouco adiantará, ou serão criadas formas de resistência e negação, se as ações forem no caráter de palestras expositivas e de um saber mais qualificado para um menos “profissional”, como vemos na suposta superioridade do saber saúde sobre o popular.”

A partir do que aqui colocamos sobre o trabalho de grupos de educação em saúde desenvolvidos pela equipe de saúde da família do Caxambu, observamos que a equipe desenvolve um esforço para manter esse tipo de interação com a população. Apresenta

elementos no trabalho desenvolvido que o aproximam do referencial da educação popular em saúde, a qual traz um grande potencial tanto para o trabalho de grupos com a população, como para trabalhar a dinâmica da própria equipe. Também observamos que esta prática desenvolvida pela equipe vem de encontro à necessidade de criação de vínculos afetivos e efetivos entre usuário/equipe-profissional (CECÍLIO, 2001) para o trabalho em saúde. Isso expressa uma idéia que vai muito além da preconização da adscrição na ESF ou a vinculação dos indivíduos a programas direcionados a doenças, mas sim ao estabelecimento de relações sociais de troca, de confiança, de referência no cuidado.

Os grupos de educação em saúde são potenciais práticas inovadoras em saúde quando fortalecem o vínculo, a interação e o diálogo com a população ao invés de priorizar a doença.

Atividades de Interação Ensino-Serviço-Comunidade

O Posto de Saúde da Família do Caxambu é uma das unidades de saúde da família de Petrópolis onde são desenvolvidas parcerias com instituições acadêmicas. A equipe já participou do projeto da Fiocruz Vida e Saúde no Campo sobre o uso de agrotóxicos. Atualmente participa do Pró- Saúde²³ e PET- Saúde²⁴, projetos de parceria entre a instituição de ensino FMP/FASE (Faculdade de Medicina de Petrópolis/ Faculdade Arthru Sá Earp).

A pesquisa: *Estratégias Educativas e Inovações Tecnológicas Desenvolvidas com Profissionais do Programa Saúde da Família do Município de Petrópolis/RJ: uma experiência de qualificação para identificação e avaliação dos efeitos dos agrotóxicos na saúde* foi desenvolvida pela Fiocruz em parceria com os Postos de Saúde da Família das áreas rurais de Petrópolis. Essa pesquisa, que faz parte do Projeto Vida e Saúde no Campo desenvolvido pela Fiocruz, teve a duração de mais de dois anos. Gerou maior interação entre a equipe e a população através de vários encontros com a comunidade para o seu desenvolvimento. Produziu conhecimento sobre como vem sendo o uso de agrotóxicos nestas

²³ PRÓ- SAÚDE/Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em conjunto com a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC) as quais conduzem o processo de elaboração. (MS, 2009)

²⁴ O PET- Saúde/ Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde e – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação. (MS, 2008)

comunidades, sobre riscos do seu uso e seu uso mais seguro, assim como sobre a contaminação de nascentes e do solo, e segurança para o descarte de embalagens. As agentes de saúde da área urbana também participaram e relatam como foi importante o conhecimento construído durante o projeto, pois o rio traz a contaminação também para a área urbana. A finalização do projeto foi a produção de um vídeo, a gravação de um programa de rádio e a construção de um álbum seriado, todos com cunho pedagógico, pelos profissionais em conjunto com a comunidade. Esse material, após sua elaboração, foi apresentado para a população.

Os resultados e materiais educativos produzidos por essa pesquisa, além de terem gerado conhecimento para as três equipes e comunidades rurais participantes em Petrópolis (Caxambu, Brejal e Bonfim), foram a base para o projeto piloto *Vida e saúde no campo: tecnologias educativas despertando consciências* realizado pela Fiocruz. A partir desse projeto, esses materiais foram distribuídos a mil equipes de saúde da família em áreas rurais de todo o Brasil.

A partir dos encontros comunitários gerados por esse projeto, a equipe manteve as reuniões periódicas com os agricultores, como já descrito anteriormente. São concordantes as opiniões dos profissionais da equipe sobre como este projeto contribuiu para o conhecimento sobre o território rural do Caxambu, como nos apontam os seguintes relatos.

“ Esse trabalho foi durante, três anos, a população participou conosco, tinha encontros com os agricultores... gerou muito conhecimento sobre o uso que eles fazem do agrotóxico ... tem uma nascente, que nasce lá no Cobiçado que ela vem limpa, mas depois é contaminada com agrotóxico, a população viu isso durante esse trabalho com a Fiocruz.” (E6)

“ Foi muito bom pro nosso trabalho com a população rural, pois é muito delicado criticar o uso que eles fazem do agrotóxico, eles usam pra manter a plantação... a gente tem aqui muito problema de pele, que pode estar relacionado ao agrotóxico, muitas casas ficam no meio da lavoura, a contaminação é da água, do ar e do solo... quando houve essa pesquisa um canal se abriu em relação ao agrotóxico, foi como se nós e eles [os agricultores] estivéssemos apreendendo juntos, foi muito bom mesmo.” (E5)

As reuniões da equipe com os agricultores se mantiveram após o projeto, aumentando o conhecimento sobre a situação de saúde local e os agricultores passaram a ter um contato maior com a Emater- RJ (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado do Rio de Janeiro) junto à coordenadora do Projeto da Fiocruz.

As atividades realizadas na Unidade de Saúde da Família do Caxambu em parceria com a FMP/FASE envolvem o trabalho com alunos de graduação de Medicina, Enfermagem e Nutrição.

Em 2007, devido à parceria gerada pelo Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, a Unidade do Caxambu passou a receber internos de medicina (estudantes do 5º e 6º anos do curso) para realização de um módulo de 4 meses/por ano na unidade. O Pró-Saúde foi instituído pela portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005, assinadas pelos Ministros da Saúde e da Educação. O objetivo geral do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população.

A verba orçamentária destinada à FMP/FASE pelo Pró-Saúde, gerou melhorias nas Unidades de Saúde da Família que participam do programa no município, como obras de infra-estrutura e aquisição de equipamentos de informática.

Os internos, que escolheram rodar no internato em um módulo inteiro no Programa de Saúde da Família, acompanham o trabalho da equipe, não atendo-se somente a acompanhar o médico da unidade. Realizam visitas domiciliares, participam dos grupos, acompanham consultas clínicas, atendimento a programas e demais atividades realizadas. A equipe é concordante ao afirmar que essa interação com os alunos propicia novos olhares sobre o território, ampliando o conhecimento local, como verificamos a partir dos relatos a seguir.

“... olha, eu achei quando eu trabalhei com alunos da faculdade de medicina, que eu tive assim um grande ganho com eles, porque eles viram muita coisa dentro da minha área... sobre uma família que é difícil dentro da minha área, tem muitos filhos, eles estavam preocupados com a família, por causa da falta de higiene, por falta de cuidado mesmo ... sobre um lago também que eles falaram que poderia dar um problema de dengue, eu não tinha essa experiência de chegar perto dele [do morador] e falar com ele se ele podia fazer um limpeza, roçar em volta ... e depois que eu tive com o pessoal da faculdade isso aconteceu.”(E6)

“ O aluno de medicina [interno] ajuda porque ele tenta se inserir no que acontece no posto... ele atende, ele vai nas visitas com a gente, então assim ele tá tentando se entrosar, ajudar o trabalho.” (E8)

“ Eu acho que quando o aluno vem para cá é uma troca muito grande com a gente, primeiro porque nos estimula com essa aproximação com academia, ele traz conhecimento pra gente também, e outra coisa é a gente perceber o olhar

do aluno em relação à comunidade, é uma coisa nova, eles têm um olhar diferente, aquilo que a gente passa todo dia e não percebe, eles percebem, e cada vez que eles nos passam isso, a gente fica mais atento à comunidade.. o aluno vem com uma sede danada de ver, é muito bom, principalmente por eles escolheram rodar no PSF... no final eles produzem sempre um relatório, aí a gente registra o olhar deles.” (E5)

Esses relatórios são importantes fontes de informação sobre a situação de saúde local para a equipe. Ao analisarmos dois relatórios produzidos por alunos, pudemos observar a grande contribuição dos estudantes para atualização do conhecimento sobre as microáreas. Descrevem a dinâmica territorial, as dificuldades encontradas para a realização das visitas domiciliares, aspectos econômicos, culturais e educacionais da população. Relatam as condições de saneamento básico, coleta do lixo (baixa frequência da coleta com contaminação dos espaços públicos) assim como precariedade da iluminação pública. Ao estudar grupos de pacientes inseridos em programas de saúde pública, como portadores de hipertensão arterial, fazem um estudo sobre adesão ao tratamento, os hábitos alimentares, atividade física e as discordâncias entre as informações fornecidas pelo consolidado do SIAB e as informações do livro de hipertensos do posto, as quais são mais atualizadas. Portanto, esses relatórios configuram-se como importante instrumento do trabalho das equipes, auxiliando para a organização e atualização de informações da situação de saúde das microáreas.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº.1.802/08, é uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde. Destina-se a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da Saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos aos estudantes da área, por meio do pagamento de bolsas.

Como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa PET-Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde.

A Unidade de Saúde do Caxambu participa do PET-Saúde desde 2009, com grupos de alunos de medicina, enfermagem e nutrição, Já foram desenvolvidos dois projetos: *Análise da situação de segurança alimentar nas zonas urbana e rural do bairro Caxambu, Petrópolis –*

RJ e Plano de Cuidado com dez usuários com sobre-peso. Para o biênio 2010-2011 estão sendo desenvolvidos mais dois projetos um em nutrição e outro em diagnóstico ambiental.

“Essas pesquisas com a faculdade tem gerado renovação do conhecimento que temos da comunidade, tem ajudado muito nisso... a pesquisa de Insegurança alimentar nos fez rever as família que recebem cesta cheia e bolsa família, foram quase 300 famílias, fizemos novo perfil de renda dessas famílias, assim como do acesso à alimentação... a fichas A do SIAB não dão esse tipo de informação e são pouco renovadas em todos os seus itens.”(E2)

O abrangente estudo sobre a Implementação da ESF em quatro grandes centros urbanos coordenado por Giovanella et al (2009) aponta para essa reflexão ao analisar as parcerias com instituições acadêmicas na ESF em Florianópolis. Segundo o diretor do departamento de Saúde Pública da Universidade de Santa Catarina, tem sido importante direcionar a formação dos alunos da graduação para a saúde pública, pois a proposta é que ocorram mudanças no processo de formação dos futuros profissionais. Atualmente, afirma o mesmo diretor, os estudantes passam praticamente duas ou três vezes por semana inseridos na atenção primária: *“A maior parte dos trabalhos finais de conclusão de curso gera uma produção científica na atenção primária também. Esta formação científica é desempenhada com ações na própria unidade. E tem sido bastante interessante. Na verdade, é também uma oportunidade para gerar conhecimento”* (GIOVANELLA et al, 2009, p.32).

Observamos, pois, que as parcerias das unidades de atenção básica com instituições acadêmicas são ações intersetoriais com potencial inovador das práticas em saúde. Potencializam a inovação da formação profissional em saúde num novo cenário, o território de vida da população, como também potencializam a produção de conhecimento da situação de saúde local pelas equipes de saúde da família.

Procedimentos Coletivos nas Escolas

Na equipe de saúde da família do Caxambu, semanalmente, são realizados procedimentos coletivos em saúde bucal nas duas escolas e na creche. Estes procedimentos ocorrem durante um período da jornada de trabalho semanal, e são realizados pelas agentes de saúde, pela assistente de consultório dentário (ACD) e pela dentista, junto aos professores. As agentes de saúde se dividem assim: das quatro agentes da área urbana, duas realizam a

atividade na creche São Charbel e duas na Escola Senador Mário Martins, enquanto as três agentes da área rural realizam as atividades na Escola Abelardo Delamare. São supervisionadas a escovação das crianças e adolescentes de cada turma nos escovódromos das escolas e na creche e as aplicações tópicas de flúor, e são marcadas atividades lúdicas com foco educativo em saúde oral, como teatro com os alunos, ao longo do ano.

Procedimento coletivo é um conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados (BRASIL, 1994) e cujos componentes estão descritos abaixo (BRASIL, 2003):

- Bochechos Fluorados - atividade realizada semanalmente, com solução de fluoreto de sódio a 0,2%, ao longo do ano (mínimo de 25 aplicações).
- Higiene Bucal Supervisionada - atividade realizada trimestralmente, envolvendo evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada com pasta fluoretada de 100 ou 90 gramas.
- Atividades Educativas em Saúde Bucal - atividade realizada trimestralmente, com o objetivo de enfatizar os cuidados com a saúde bucal (dieta, desenvolvimento orofacial, aleitamento materno etc.).

Observamos que a prática desses procedimentos, da forma como são realizados pela equipe, tem produzido conhecimento sobre a situação de saúde local. Primeiramente, podemos citar a efetiva participação das agentes de saúde, e não só dos profissionais da área de odontologia. Isso demonstra uma interação entre os profissionais. Também queremos enfatizar a forma permanente como são realizados, com uma frequência semanal, propiciando uma interação com essas crianças e adolescentes, o que não é propiciado em outras atividades, como nos traz esses relatos.

“ A gente tá diretamente ligada com a criança no dia de escovação na escola e na creche. Então, a criança que a gente não acompanha dentro do domicílio, a gente acompanha lá, sem a mãe, só com a criança. Já existiu e existe até hoje da gente ver determinadas situações com as crianças em que a gente percebe o que tá acontecendo naquela casa e que às vezes chega aqui no posto ou chega com algum outro profissional ou na VD a gente fala: - Oh, eu fui na creche, essa criança tava com hematoma ou tá uma criança muito desligada com déficit de aprendizagem... as professoras também passam pra gente, então a gente chega naquela casa, quando você chega, você chega sozinha ou com alguém da equipe e você já lembra da criança, então você já lembra de tá olhando pra aquela mãe com um olhar diferente, de tá perguntando pra ela como que é a criança em casa o que acontece, mesmo que a criança não esteja.”(E10)

“Eu acho muito importante esse momento na escola com os alunos, nós também percebemos muita coisa, conversamos com eles, sentimos a tristeza no olhar... é um momento muito importante também porque trocamos com as professoras várias informações sobre os alunos, elas percebem muita coisa e assim nós da saúde que podemos realizar as visitas em casa, podemos também estar compreendendo melhor a realidade das famílias e estar trocando com toda a equipe e com a educação, é um conhecimento maior sobre as famílias...”(E4)

“Podemos estar com os adolescentes, criar mais vínculo, tem que ser feito com simpatia, elogiar os dentes, brincar...” (E7)

“A escola sinaliza muito, é muito rico podermos trocar com a escola dessa forma, esses procedimentos além de trabalhar a importância da saúde oral levam a uma interação contínua com a escola e a creche... acontece da professora sinalizar um problema com um aluno, e a gente leva pra equipe, discute, faz VD, acompanha... abre mais o olhar.” (E3)

Foi observado o grande potencial das práticas coletivas em saúde bucal realizadas nas escolas para uma maior interação intersetorial no território entre as áreas da saúde e educação, levando a uma maior conhecimento sobre a realidade das famílias das crianças e adolescentes da comunidade, além de uma maior vínculo com essa população.

Há escassez na literatura de trabalhos sobre a ESF que analisem, sob o aspecto interdisciplinar, às práticas coletivas em saúde bucal. Ao analisarmos dois trabalhos sobre a prática de saúde bucal na ESF, um realizado no Programa de Saúde da Família em Alogoinhas, BA (SANTOS E ASSIS, 2006) e outro realizado no próprio município de Petrópolis (PONTES, 2007), pudemos observar que não é referida a presença de outros profissionais da equipe em práticas coletivas de saúde bucal além do dentista e do ASB. Santos e Assis (2006) referem que os depoimentos dos entrevistados coincidiram com as observações, revelando o quão distantes os entrevistados estavam de práticas interdisciplinares. Já Pontes (2007) destaca a necessidade de uma discussão em nível local, problematizando a realidade de cada equipe, para analisar com critério como e por quais profissionais estão sendo desenvolvidas essas atividades coletivas, além da equipe de saúde bucal.

A participação efetiva das agentes de saúde junto à equipe de saúde bucal e a realização dessas práticas nas instituições de ensino presentes no território têm propiciado a produção de conhecimento sobre a situação de saúde local, de forma compartilhada, a partir de uma articulação intersetorial. O convívio com os professores e alunos tem levado a uma

maior compreensão das realidades vividas pela população. Portanto, essa rica experiência em atividades coletivas em saúde bucal pela equipe de saúde da família do Caxambu configura-se como uma prática inovadora em saúde.

O Acolhimento

Apesar de ser uma agenda com uma programação definida, a equipe sempre está aberta às demandas da comunidade, há sempre um acolhimento à população realizado pelos profissionais da equipe. Em todos os dias há atendimentos à demanda espontânea e orientações àqueles que não necessitam de um atendimento clínico, mas nem por isso deixam de ter alguma necessidade em saúde. Desde o início, pode ser observado pela pesquisadora durante o trabalho de campo, que há um canal de diálogo entre a equipe e comunidade, o que vem corroborar estas falas.

“ Todo dia tem algum programa que a gente tem que estar cumprindo e que é um programa vertical, que tende a deixar a agenda muito fechada, pois a gente precisa cumprir a demanda cobrada pelo programa...mas apesar disso, da organização da agenda ser fechada, na prática nós estamos abertos às necessidades da população, não deixamos os pacientes sem uma escuta, procuramos dar conta da demanda espontânea.”(E5)

“Se você vê uma determinada família que é de outra microárea, mas que você sabe das dificuldades e você sabe das necessidades, quando ela vem ao posto, quando ela te pergunta alguma coisa, ela te procura por algum motivo, você não consegue dizer que não pode resolver porque ela não é dá tua microárea... eu não vou dar atenção a você porque você não é família da minha microárea... a gente considera o trabalho em todo o território do posto, tem que dar atenção, porque você pode ajudar a resolver, passar o problema para a equipe, pra agente da área...” (E9)

Observamos que as filas ainda existem todos os dias, tanto para os pacientes marcados, como para àqueles da demanda espontânea. Já houve a tentativa de organizar o atendimento por horário marcado, mas isso gerava conflitos, não foi bem aceito pela comunidade, como nos traz o seguinte relato.

“ Tem fila para a demanda espontânea, todo dia tem demanda espontânea... mas mesmo para o atendimento agendado também tem... a gente marca todos e avisa que o atendimento inicia as 8h, porque antes era marcado por horário

mas chegavam todos juntos.. acham que pode faltar alguém, que se chegarem antes tem que ser atendido antes, mesmo que o outro paciente chegue na hora da consulta. Então são atendidos por hora de chegada... não adianta, eles acham que chegando cedo vai sair cedo né?” (E8)

Porém, observa-se que apesar das filas todos de alguma forma têm uma resposta às suas necessidades, que pode ser o atendimento por algum profissional da equipe, uma orientação, uma marcação de consulta ou visita domiciliar, uma palavra de atenção. A abordagem às filas não se dá pela perspectiva de uma triagem de casos e sim pelo acolhimento aos indivíduos, os quais apresentam necessidades sociais em saúde, que só podem ser compreendidas pelos profissionais a partir de uma interação/comunicação entre usuário/equipe.

Durante o trabalho de campo foi possível presenciar o acolhimento à população e em dois episódios isso se mostrou mais concretamente. Uma paciente chegou ao posto no horário da reunião de equipe querendo muito falar com o médico. Ao estar na frente do médico ela demonstrou muita satisfação e apenas queria confirmar se o remédio prescrito para seu neto no final de semana, pois o menino abriu um quadro de varicela, poderia mesmo ser administrado ao mesmo: “ *Dr. Cândido, eu só confio no senhor, se disser que é pra dar o remédio, eu dou..*” Com a resposta do médico a paciente deixou o posto dando a sensação de que sentia-se aliviada. Em outro episódio, um paciente do grupo de hipertensos pediu a palavra para fazer um relato espontâneo de um episódio presenciado por ele no posto. Relatou o empenho da enfermeira para resolver o problema de um paciente que não era da área do posto. Referiu que o paciente chegou quando a sala de espera estava cheia, mas mesmo assim notou o grande interesse e preocupação da enfermeira pelo paciente.: “ *Aqui a gente vê que vocês têm interesse pela gente, até por quem não é atendido no posto. Eu vi como a enfermeira tratou o senhor que veio aqui com humanidade, examinou a perna dele, telefonou para encaminhar ele para o local certo.*”

Observamos que a equipe tem sua programação da jornada de trabalho, mas inclui efetivamente nesta programação a demanda espontânea. Ela acolhe a população, tanto a programada previamente, como a que a programação se faz no dia-a dia, de acordo com as necessidades sentidas pela população.

Uma constatação disso é a formatação da sala de espera. No centro da sala, onde ao redor estão colocados os bancos para os usuários, estão mesas pequenas com cadeiras para as crianças. Há também brinquedos para as mesmas se distraírem enquanto esperam o seu atendimento ou a consulta de seus responsáveis. As mães levam seus filhos para o posto,

mesmo que eles não tenham consulta, elas têm essa liberdade e acolhimento no posto. O contrário poderia impossibilitá-las de ir ao posto por não terem com quem deixar os seus filhos. Assim, as mães interagem com os demais usuários e com as crianças.

O acolhimento é uma das diretrizes da Política de Humanização do SUS (2008). É importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde, por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço.

Segundo o que está descrito na Política de Humanização do SUS (2008), o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todas os locais e momentos do serviço de saúde, como nos traz essa fala.

“ As vezes durante a visita domiciliar, ao caminhar pela microárea, algum morador quer relatar algum problema pra gente, pro médico, pra enfermeira, e nós paramos, damos atenção, o médico, a enfermeira pode fazer um encaixe na agenda, ou mesmo fazer uma VD que não estava programada para aquela tarde.” (E12)

Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma *nova atitude de mudança no fazer em saúde*. O foco desta mudança está na relação profissional-usuário, a qual tem como premissa básica a “comunicação” e a “integralidade do cuidado”. O ouvir, a escuta sempre disponível devem ser estabelecidos como o eixo organizador do trabalho, de todas as práticas. Portanto, as estruturas rígidas das agendas devem ser substituídas por estruturas permeáveis a essa escuta, a qual pode ser empreendida, a todo momento, por todos os profissionais. Essas reflexões apontam para esta definição de Teixeira (2010, p.101),

“ O acolhimento também é visto como uma espécie de mola-mestra da lógica tecno-assistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde. A particularidade, aqui, será abordá-lo de uma perspectiva essencialmente comunicacional, que entenda ser a conversa substância principal das atividades de um serviço de saúde.”

Dessa forma, pudemos observar que o processo de trabalho da equipe de saúde da família do Caxambu é desenvolvido buscando o acolhimento da população, a partir de uma perspectiva dialógica, de um “agir comunicativo”, no qual segundo Habermas (1989) a linguagem teria a função da integração social ou da coordenação dos planos de diferentes atores na interação social. Com isso, possibilitando uma melhor aproximação com as necessidades sociais de saúde da população. O acolhimento, nesse sentido, vai muito além do que a combinação de alguns dispositivos tradicionais dos serviços de saúde: recepção- triagem- acesso (TEIXEIRA, 2010).

O acolhimento configura-se, portanto, como uma prática inovadora em saúde, proporcionando à equipe ampliar o conhecimento da situação de saúde da população a nível local durante o seu processo de trabalho, a partir de uma escuta qualificada às necessidades do usuário.

No quadro 11 estão sintetizados os elementos, apontados nas entrevistas e observados no trabalho de campo, que aproximam as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde da família do Caxambu às *atividades inovadoras* em saúde, potencializando assim a construção de um conhecimento ampliado da situação de saúde no território.

Quadro 11: Elementos que apontam para o potencial inovador das práticas desenvolvidas pela equipe de saúde da família do Caxambu – Petrópolis- Rj

<i>Práticas</i>	<i>Potencial Inovador</i>
Visitas domiciliares	<ul style="list-style-type: none"> • Conduzidas a propiciar um <i>caminhar</i> no território, levando à produção de conhecimento sobre as condições de vida da população. • Desenvolvidas como um <i>tempo</i> destinado ao trabalho compartilhado entre os profissionais da equipe e à interação da equipe com a comunidade nas casas e nas microáreas, e não apenas como um <i>horário</i> restrito àquele caso, àquele doente.
Reuniões comunitárias	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvidas como um processo participativo, com uma escuta de <i>todos por todos</i>, catalizando os saberes dos diversos atores sociais no território. • Pactuação de projetos no coletivo apontando para a intersectorialidade.
Reuniões de Equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Conduzidas de forma não burocrática, levando a um fluxo de informações entre os profissionais sobre as realidades locais. • Ausência de hierarquias impostas por categoria profissional, o que propicia a participação efetiva de toda a equipe. • Organização: pauta a ser discutida; escolha do coordenador e de quem escreverá a ata da reunião para a sistematização das informações produzidas. • Programação de ações também a partir das informações sobre as realidades locais e não apenas a partir das informações normatizadas pela ESF.

Grupo de Educação em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> •Fortalecimento do vínculo, da interação e do diálogo com a população ao invés de priorizar a doença. •Aproximação do referencial da Educação Popular, partindo das experiências e saberes da população.
Procedimentos Coletivos nas Escolas	<ul style="list-style-type: none"> •Participação de outros profissionais da equipe de saúde da família junto aos profissionais de saúde bucal. •Interação intersetorial permanente entre o setor da saúde e da educação. •Fluxo de informações sobre as famílias a partir do conhecimento das realidades vividas pelas crianças e adolescentes. •Convívio propiciador à construção de vínculo dos profissionais da área da saúde com esta população.
Atividades de Interação Ensino-Serviço-Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> •Articulação intersetorial entre Academia/Atenção Básica, propiciando à inovação da formação profissional em saúde num novo cenário, a partir do conhecimento local produzido. •Novos olhares sobre o território, potencializando a ampliação de conhecimento pelas equipes de saúde da família.
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> •Agendas de trabalho com estrutura permeável a uma escuta qualificada das necessidades sociais em saúde dos usuários. •Perspectiva dialógica como eixo organizador das práticas em saúde. •Relação profissional-usuário instaurada a partir da premissa básica da “comunicação” e “integralidade do cuidado”.

➤ *Limites e potencialidades do SIAB para a construção do conhecimento sobre a situação de saúde no território.*

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) fornece dados do cadastramento das famílias, acompanhamento de grupos prioritários, marcadores de desempenho e registros das atividades realizadas pelas equipes. De acordo com as opiniões dos profissionais da equipe, configura-se como um instrumento de auxílio para o diagnóstico da situação de saúde local, como um ponto de partida, tendo como foco a família, mas não como o único instrumento que equipe deve utilizar para esse fim. Pode potencializar uma maior discussão sobre esse diagnóstico e sobre as ações desenvolvidas pela equipe, quando seus consolidados são efetivamente analisados e criticados pela equipe, e não apenas preenchidos automaticamente.

A equipe está sistematicamente comparando os seus próprios dados com as informações consolidadas a nível central, devido à demora de atualização das fichas A, como nos traz esses relatos.

“Os dados nunca batem, a gente envia as fichas A e tá sempre tendo diferença, a gente tá sempre tendo que corrigir com a Virgínia, senão tem menos

hipertenso, menos diabéticos, criança sem atualizar, gestante, , mais ou menos famílias por que o pessoal se muda...”(E9)

“ Já é tanta ficha pra preencher, tanto trabalho, e ainda vem errado...”(E11)

Portanto, se a equipe se basear apenas no consolidado mensal do SIAB enviado pela Secretaria de Saúde, utilizará dados desatualizados para o diagnóstico em saúde e programação local. Observamos que todos os consolidados do SIAB armazenados no posto têm várias correções a caneta. Nas reuniões de equipe e nas reuniões da enfermeira com as agentes de saúde estes dados são sempre analisados e corrigidos. Isso poderia ser minimizado se as equipes atualizassem o SIAB na própria Unidade, já que a sobrecarga de trabalho no setor de Informática da Secretaria de Saúde de Petrópolis é muito grande. Para isso seria necessário informatizar todas as equipes, fornecendo acesso à Internet e treinamento adequado dos profissionais dentro do SIAB.

De encontro a essas opiniões sobre a demora de atualização das fichas do SIAB enviadas para a Secretaria de Saúde, Moraes (2008), ao fazer uma análise sobre a avaliação do Programa de Saúde da Família em Correia Pinto – SC, refere que há uma disparidade entre os dados preenchidos pelos profissionais das equipes nas fichas e relatórios físicos, e aqueles constantes dos documentos emitidos por intermédio do SIAB, o que compromete a avaliação da efetividade do programa.

Observamos que a equipe de saúde da família do Caxambu procura discutir e criticar os consolidados do SIAB sistematicamente, no sentido de ampliar o diagnóstico de saúde local. Os profissionais afirmam que eles fornecem um perfil etário da população, assim como nível de escolaridade e renda além de sinalizar as gestantes, diabéticos e hipertensos. Porém, as entrevistas são convergentes quanto à limitação das informações produzidas a partir do SIAB para a realização do diagnóstico de saúde no território. Os entrevistados apontam a necessidade de outros instrumentos de produção e sistematização de informações para um conhecimento ampliado sobre as realidades locais, como está relatado a seguir.

“ O SIAB te dá as idades da população, as gestantes, os diabéticos, isso é importante, mas falta muita informação sobre a área.” (E7)

“ A gente pode saber quais são as famílias mais carentes, pela renda, aí encaminha, tenta o Cesta Cheia ou Bolsa Família na Setrac, fala com a assistente social, porque o SIAB pergunta sobre a renda, isso é legal, também sobre analfabetismo e criança e adolescente na escola... o que mais pergunta é sobre as doenças, hipertensão, diabetes, o resto falta...”(E8)

“O SIAB te angustia, porque ele leva você a ficar pensando no território só daquele jeito ali. Ele limita o diagnóstico situacional, não pode ser usado só o SIAB. A ficha A é que te dá informações sobre a área física, mas é limitada para esse diagnóstico territorial, ela dá o resultado do agregado das moradias, não do território, dos seus riscos físicos, dos seus recursos, a equipe tem que trabalhar em cima de outros instrumentos para esse diagnóstico, criar uma forma de fazer ...” (E5)

“O Sistema, o SIAB ele fala praticamente da pessoa, ele não fala do meio ambiente, ele não fala do território, ele fala mais da condição mesmo da casa, da pessoa, se teve diarreia, gripe, infecção respiratória... é da doença não do território, né?” (E6)

“Faltam muitas informações para um diagnóstico do território, recursos naturais, espaços coletivos como escolas, Ongs, organizações da população...” (E2)

Nesse sentido, Santos e Rigotto (2011, p.393) afirmam que “O reconhecimento da fragilidade das análises parciais possibilitadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica à Saúde (SIAB), cuja unidade básica de análise é a família, requer o avanço dos estudos nessa área para além do “ambiente” da família e, principalmente, para o “ambiente” da vida cotidiana da família – em outras palavras, para o território.”

Podemos corroborar com essas afirmações ao analisarmos as informações contidas no SIAB sobre os domicílios existentes na microárea 1 (Morro dos Anjos) da Unidade da Saúde da Família do Caxambu. Segundo dados do consolidado do SIAB de agosto de 2010, são 189 domicílios, sendo 95,24% de tijolo/adobe; 91,01% com abastecimento de água por rede pública; 93,65% com coleta pública de lixo; e 95,24% com rede de esgoto. Ao analisarmos esses dados não podemos definir como se conforma esse território, onde parece haver poucas moradias precárias, e não sabemos se há riscos relacionados ao meio ambiente, à ocupação do solo e à organização dessas moradias. Mas, ao conhecer essa microárea podemos constatar que sim, há muitos riscos, é uma microárea de grande vulnerabilidade e esse território veio conformando-se ao longo do tempo seguindo as mesmas características descritas em 1986, “Aproximadamente 60 famílias moram no local, a área começou a ser ocupada em 1946 por desabrigados de outros locais da Cidade e por migrantes vindos de Minas Gerais. Em 1981, a área sofreu queda de barreiras. A maioria dos lotes não tem espaço definido e muitas casas são geminadas e edificadas em área de risco” (SECRETARIA DE APOIO COMUNITÁRIO-O OUTRO LADO DE PETRÓPOLIS, 1986, p.35).

Ao analisarmos também os dados do mesmo consolidado do SIAB sobre a microárea 2, observamos que 90,68% dos domicílios são providos por sistema de esgoto, 8,70% por

fossa e 0,62% tem esgoto a céu aberto. Mas na verdade, a rede de esgoto local foi construída pelos próprios moradores, sendo este um sistema de drenagem para a via fluvial, sem qualquer tipo de tratamento prévio. Essa informação foi coletada a partir de um relatório de internos de medicina, sendo confirmada pela ACS e pela observação da microárea.

Portanto, o somatório das condições dos domicílios que o SIAB nos informa não é um indicador da realidade local. O grande problema é que essa informação chega enviesada à nível central, perdendo-se o potencial de um diagnóstico de áreas de maior risco no município e uma maior sensibilização dos gestores para ações intersetoriais, com implementação de políticas públicas que levem a melhoria das condições de vida e moradia da população.

Mesmo em relação ao perfil de doenças não há a priorização da realidade local, havendo um perfil normatizado pelo Ministério da Saúde em todo o Brasil. Nesse sentido, Silva e Laprega (2005) na pesquisa intitulada “Avaliação crítica do SIAB e de sua implantação na região de Ribeirão Preto-SP” apontam que outra característica negativa do SIAB, bastante ressaltada nos dois grupos entrevistados (ACS e enfermeiras), foi o número limitado de doenças ou condições referidas codificadas na ficha A, os quais não refletiriam a realidade local. Como exemplo, foi citada a impossibilidade de registrar doenças como depressão e AIDS, em detrimento de outras codificáveis pelo SIAB, mas de menor prevalência ou até mesmo inexistentes para a maioria das equipes (por exemplo, malária).

Observa-se também, que há um descompasso entre o que é preconizado no trabalho das equipes e o que é efetivamente cobrado neste trabalho a partir pelo SIAB. Para exemplificar essas afirmações destacarei quatro atribuições do processo de trabalho das equipes de saúde da família que não são priorizadas como metas a serem registradas nos consolidados do SIAB. Essas atribuições constam na Política Nacional da Atenção Básica (2006) e estão relacionadas com a produção de um conhecimento local sobre a situação de saúde da comunidade:

- participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento;
- realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Analisando-se essas atribuições, observamos que quando fala-se em indivíduos e famílias expostos a riscos, estes devem estar associados a uma doença considerada prioritária centralmente para ser registrado no SIAB. Necessidades, condições de vida, recursos e prioridades locais não são registrados neste sistema, de modo que possa ser realizado um diagnóstico local com conhecimento a nível municipal. Portanto uma prática intersetorial parte de um esforço da equipe, como nos apontam estes relatos.

“As pessoas que não conhecem a prática de trabalho dentro de uma população, de uma microárea, eles tem uma visão meio que de número e não de qualidade e sim de quantidade, então no teu fechamento você tem que ter um número de visitas, um número de gestantes, um número que as vezes não é uma coisa de qualidadea área pode continuar cheia de problemas graves, de riscos sérios, que eles não vão saber, e a gente [a equipe] trabalha pra melhorar esse lado, junto com a comunidade, com outros setores, se a gente quiser, por que eles só querem os números...” (E11)

“O SIAB não avalia se há programações de ações juntamente com a população, iniciativas intersetoriais... então é bem limitado nesse sentido... avalia mesmo a assistência aos programas.” (E4)

Outro grande problema apontado é o fato do SIAB ser utilizado como um instrumento de avaliação do trabalho da equipe. A equipe é cobrada em cima das ações e cobertura de assistência a grupos prioritários, de forma a direcionar o processo de trabalho para o cumprimento de metas de produção, como nos apontam esses relatos.

“O SIAB é muito verticalizado, o que te dá? Uma distribuição da população por faixa etária, nº de hipertensos, nº de diabéticos, nº de pacientes em grupos de educação em saúde... ainda é uma categoria muito antiga, ainda é uma abordagem apenas quantitativa... ainda se baseia na priorização da assistência, mesmo o que ele pede de grupos de educação em saúde é em cima do número de pacientes... é como se ele quisesse medir a qualidade em números, e somos cobrados em cima disso, não há critérios para avaliar a qualidade das ações... ele apenas ensaia no sentido de tentar pescar alguns procedimentos de promoção de saúde, mas ainda é apenas de forma muito incipiente, quantitativamente.”(E2)

“ O nosso fechamento do SIAB é todo final de mês antes do dia 20, toda a equipe fecha junto, isso é sagrado, e nós discutimos os dados item por item, todos ficam a par dos agravos, por exemplo de óbitos, de gestantes adolescentes... apesar de ser uma forma muita engessada de ter informações, a gente tenta abrir esse leque, por exemplo, então quando a gente fala: nasceu criança com menos de 2 quilos e meio, não, então a gente em vez de passar batido , pega e fala: E as crianças então que nasceram, como é que estão, a mãe tá dando conta de cuidar, a gente tá conseguindo fazer a visita? Mas

mesmo assim a gente acaba caindo nessa armadilha, fica correndo atrás de cobertura para todos os grupos exigidos pelo SIAB, porque somos cobrados em cima disso.”(E5)

A questão central é que esta avaliação normativa em saúde direciona o processo de trabalho para a assistência, considerando apenas o “quantitativo” como resultado em saúde e não potencializa práticas inovadoras em saúde.

Podemos exemplificar essas reflexões a partir do relatório produzido por dois internos de medicina ao analisarem o perfil epidemiológico das gestantes, puérperas e mães de menores de dois anos em 2 microáreas do PSF Caxambu em 2009. Segundo os resultados obtidos, em torno de 40% das mulheres deste grupo realizaram o pré-natal no posto, sendo que das mulheres que realizaram o pré-natal nesta unidade 100% receberam orientação sobre amamentação e destas 83,33% amamentaram exclusivamente no peito até os 6 meses de idade. Das mulheres que não fizeram o pré-natal na unidade do Caxambu, 85% receberam orientação sobre aleitamento materno sendo que apenas 7% amamentaram exclusivamente até os 6 meses.

Dessa forma, observamos que se a avaliação do pré-natal realizado pela equipe for apenas quantitativa, baseada na cobertura de gestantes, a equipe, provavelmente, não terá cumprido a meta. Ao passo que a avaliação da qualidade do pré-natal ofertado pela unidade será muito positiva se compararmos com as gestantes que foram a outro serviço, partindo-se da ampla adesão ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses

Outro fator importante a ser analisado é saber qual cobertura de atendimento seria possível a equipe alcançar, pois a equipe trabalha com um excessivo populacional. Além disso, cada território tem suas características próprias o que vai influenciar diretamente no acesso e adesão ao atendimento no posto. Os aspectos culturais também devem ser levados em conta na avaliação. A cultura da especialização médica está muito presente na população, o que fica evidente nas causas que as mulheres alegaram para não realizarem pré-natal no posto segundo o relatório dos alunos. A primeira causa foi a falta de especialistas, seguida pelas dificuldades de acesso às consultas (impossibilidade de ir nos horários do pré-natal, difícil acesso ao posto) e a falta de equipamentos de alta complexidade.

Os resultados encontrados por Facchini et al (2006) na pesquisa sobre o desempenho do Programa de Saúde da Família em 41 municípios do Sul e Nordeste do Brasil reforçam essas reflexões. Os autores observaram 98% de cobertura de pré-natal em 3.945 mulheres que tiveram filho nos dois últimos anos, moradoras de áreas de abrangência em 234 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Encontraram que no máximo 50% das mulheres realizaram pré-natal

na Unidade de Saúde de abrangência de seu domicílio (UBS tradicional e PSF), sendo que 80% destas expressaram opinião positiva sobre o programa de pré-natal, sendo essa opinião significativamente melhor no PSF do que no modelo tradicional.

Em relação aos resultados encontrados por esses autores, cabe também uma reflexão sobre a avaliação da qualidade do trabalho dos agentes de saúde. Como relatado, 98% das mulheres realizaram pré-natal, independente de ser na UBS de abrangência ou não. Até que ponto o trabalho do agente influenciou essa grande adesão ao pré-natal, pois mesmo que não frequentem o posto a grande maioria das famílias aceita visitas domiciliares dos agentes, os quais devem trabalhar na promoção e educação em saúde.

A partir dessas reflexões sobre a real cobertura da população pela unidade de saúde da família frente a um excessivo populacional, observamos que no SIAB só existe a informação sobre o quantitativo da população que é coberta por Plano de Saúde. Não é fornecido o real quantitativo da população que frequenta a Unidade de Saúde e que é acompanhado pela ACS. Nesse sentido foi construído de forma compartilhada com os profissionais, durante o trabalho de campo, um instrumento que pudesse fornecer essas informações para a equipe (ANEXO VII). A partir desse instrumento, cada agente de saúde sistematizou os dados de sua microárea para ser traçado um perfil de cobertura populacional da população pelo posto de saúde. Foram obtidos os seguintes resultados sistematizados nas tabelas abaixo.

Tabela 7: Perfil de cobertura e de utilização de serviços de saúde da população adscrita à Unidade de Saúde da Família do Caxambu – dezembro de 2010

<i>Nº de Pessoas - %</i>	<i>3954 - 100%</i>
<i>Atendidos no posto</i>	<i>2097 - 53,03%</i>
<i>Possuem Plano de Saúde</i>	<i>548 - 13,85%</i>
<i>Frequentam outros serviços de saúde (urgência, outros ambulatorios) mais os que as agentes não sabem informar.</i>	<i>1461 - 35,58% (Principalmente indivíduos adultos e jovens que trabalham)</i>

Tabela 8: Perfil de cobertura das famílias cadastradas na Unidade de Saúde da Família do Caxambu – dezembro de 2010

<i>Nº de Famílias Cadastradas - %</i>	<i>1194 - 100%</i>
<i>Nº de Famílias Atendidas no Posto - %</i>	<i>715 - 60%</i>
<i>Nº de Família acompanhadas pelas ACS - %</i>	<i>1036 - 86,76%</i>

Ao analisar esses dados, observamos que a cobertura populacional alcançada pelo atendimento no posto (não refere-se a visitas domiciliares) é de 53%, porém a de famílias (objeto das ações na ESF) é maior, alcançando 60%. Dessa forma, as ações que o posto desenvolve com as famílias pode estar influenciando o processo-saúde doença de indivíduos que não freqüentam o serviço. Quanto à cobertura de famílias acompanhadas pelas ACS, verificamos que é alta, alcançando quase 90%. Segundo as agentes de saúde, a população não atendida no posto é preferencialmente composta de adultos jovens em fase laborativa.

Ao analisarmos os resultados obtidos no abrangente estudo sobre a Implementação da ESF em quatro grandes centros urbanos, coordenado por Giovanella *et al* (2009), encontramos os seguintes resultados:

- Em Vitória (ES), solicitou-se às 614 famílias que tiveram algum membro atendido na Unidade Saúde da Família ou receberam visita que informassem quais profissionais da ESF os haviam atendido ou visitado: 74% mencionaram o ACS, 47% o médico e 36% o enfermeiro.
- Em Florianópolis (RS), solicitou-se às 469 famílias que tiveram algum membro atendido na Unidade Saúde da Família ou receberam visita que informassem quais profissionais da ESF os haviam atendido ou visitado: 84% mencionaram o ACS, 44% o médico e 31% o enfermeiro.
- Em Belo horizonte (MG)), solicitou-se às 711 famílias que tiveram algum membro atendido na Unidade Saúde da Família ou receberam visita que informassem quais profissionais da ESF os haviam atendido ou visitado: 75% mencionaram o ACS, 54% o médico e 37% o enfermeiro.
- Em Aracaju (SE), solicitou-se às 605 famílias que tiveram algum membro atendido na Unidade de Saúde da Família ou receberam visita que informassem quais profissionais da ESF os haviam atendido ou visitado: 76% mencionaram o ACS, 61% o médico e 54% o enfermeiro.

Comparando-se esses dados com os dados da Unidade de Saúde da Família do Caxambu, observamos uma aproximação desses valores em relação às famílias atendidas no posto, que equivalem principalmente aos atendimentos médicos, seguidos dos de enfermagem. Quanto às famílias que já receberam visitas dos ACS, o posto encontra-se com valores um pouco acima.

Isso nos faz refletir sobre a cobertura populacional da ESF anunciada pelos Órgãos Oficiais e a real cobertura que se é possível alcançar frente ao contexto sócio-demográfico e político-organizacional da ESF.

Mais um ponto abordado pelos profissionais sobre o SIAB foi a limitação de registro de informações sobre saúde bucal. Nesse sentido, Bittar et al (2009) afirmam que “questiona-se a ausência de dados referentes às ações de saúde bucal, uma vez que ainda não fazem parte do escopo de informações do SIAB, visto que a ficha D não possui índices de saúde bucal para a criação e fomentação de políticas públicas na população adscrita” (BITTAR et al, 2009, p.81). O seguinte relato vem ao encontro desta afirmação.

“ No SIAB não tem quase nada sobre o trabalho da odontologia. Somente procedimentos coletivos e visitas domiciliares de outros profissionais de nível superior ou médio, não está escrito dentista ou odontólogo ou auxiliar de saúde bucal... Mas é claro que a gente acompanha o SIAB, pois tem procedimentos da equipe, temos que sempre estar atualizados sobre o perfil da população, apesar do SIAB ser limitado para o diagnóstico no território, não tem muita coisa...o município criou um instrumento de sistematização do trabalho da odontologia, com todos os nossos procedimentos e com a equipe.” (E3)

Esse instrumento, citado nesta entrevista, foi criado pela Coordenação da Odontologia no município. Nele são sistematizados, de forma quantitativa, todos os procedimentos de saúde bucal, os tratamentos terminados e as atividades coletivas em equipe das quais os profissionais de saúde bucal participam. Descreve também quais outros profissionais da equipe participam dos procedimentos coletivos em saúde bucal.

A partir das entrevistas e da observação do processo de trabalho dos profissionais foi possível constatar que os consolidados do SIAB são sistematicamente analisados de forma crítica pela equipe. Esses consolidados agregam informações que auxiliam no diagnóstico em saúde, porém não são suficientes para um conhecimento ampliado sobre a situação de saúde no território.

No quadro 12, sintetizamos as principais potencialidades e limitações do SIAB, levantadas por essa pesquisa, para propiciar um diagnóstico ampliado da situação de saúde da população no território.

Quadro 12: Principais elementos que apontam para as potencialidades e limitações das informações produzidas a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o diagnóstico da situação de saúde no território.

<i>Fatores potencializadores</i>	<i>Fatores limitantes</i>
<ul style="list-style-type: none"> •Fornecem o perfil etário da população, favorecendo organizar o trabalho aos ciclos de vida •Fornecem o perfil de escolaridade da população e sinalizam as crianças e adolescentes que não estão na escola •Fornecem a situação laborativa dos membros da família e as condições do domicílio sinalizando famílias mais vulneráveis economicamente •Sinalizam grupos mais vulneráveis como portadores de doenças crônicas e gestantes • Podem potencializar uma maior discussão sobre o diagnóstico local em saúde e sobre as ações desenvolvidas pela equipe quando essas informações são efetivamente analisadas e criticadas pela equipe, e não apenas preenchidas automaticamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demora da atualização das informações contidas nas fichas A do SIAB enviadas à Secretaria de Saúde • O objeto das informações do SIAB é o domicílio e não o território, sendo que o somatório das condições dos domicílios não traduz a realidade local territorial •Focalizam o perfil de doenças normatizadas pelo Ministério da Saúde o que não traduz o perfil de doenças a nível local •Embasam uma avaliação normativa do processo de trabalho da equipe, baseada em indicadores quantitativos •Induzem a uma prática centrada na assistência a partir dos programas verticais direcionados a doenças e a grupos prioritários •Não potencializam um diagnóstico em saúde bucal local •Não potencializam uma política intersetorial

➤ *Outros instrumentos de produção e sistematização de informações utilizados pela equipe no seu processo de trabalho*

As entrevistas dos profissionais da equipe são congruentes em relação à necessidade de outros instrumentos de produção e sistematização de informações para um diagnóstico amplo da situação de saúde local. A equipe de saúde da família do Caxambu vem utilizando, no seu processo de trabalho, outros instrumentos para esse objetivo, além dos instrumentos oficiais. Esses instrumentos oficiais são as fichas e consolidados do SIAB, específicos da ESF, e as planilhas oficiais produzidas no trabalho de todas as Unidades de Atenção Básica, citadas a seguir:

- Planilhas do SIA-SUS- mapas de produção de atendimentos dos profissionais de nível superior e médio
- Planilhas de MDDA (Monitorização de Doenças Diarrêicas)
- Planilhas de Notificação Negativa de Sarampo
- Planilhas de notificação de DST (doenças sexualmente transmissíveis)
- Planilhas de preventivos realizados

- Fichas do Sis prenatal (Sistema de cadastro do pré-natal de gestantes)
- Fichas de cadastro de pacientes no HiperDia - (Programa de Hipertensão e Diabetes).

Essas planilhas e fichas são enviadas semanalmente para a Secretaria de Saúde. Muitas informações contidas nessas planilhas também são sistematizadas nos consolidados do SIAB a partir do fechamento das informações do trabalho da equipe todo o final de mês. A equipe não tem retorno das informações produzidas por esses outros instrumentos em forma de consolidados mensais, como ocorre com o SIAB.

Desses instrumentos oficiais, as principais informações que se perdem, por não terem retorno para a equipe, são as contidas nos mapas de atendimento do SIA-SUS. Neles estão todos os códigos dos diagnósticos (Código Internacional de Doenças/CID10) dos atendimentos realizados nas consultas clínicas dos profissionais de nível superior, assim como os códigos dos procedimentos realizados por profissionais de nível médio e superior. Ao analisar as informações contidas no SIA/SUS sobre as causas dos atendimentos à população adscrita à Unidade de Saúde da Família do Caxambu no ano de 2010 (SMS/SISFAT²⁵/jan a dez/2010), encontramos os seguintes diagnósticos mais frequentes segundo o Código Internacional de Doenças (CID 10):

- 1 Hipertensão Arterial
- 2 Exame de rotina da saúde da criança
- 3 Causa Ignorada
- 4 Outros exames gerais
- 5 Amigdalite aguda
- 6 Supervisão de gravidez normal
- 7 Cefaléia
- 8 Outras dores abdominais
- 9 Epilepsia
- 10 Dor lombar baixa
- 11 Helmintíase
- 12 Diabetes
- 13 Transtorno misto ansioso e depressivo
- 14 Amenorréia secundária
- 15 Impetigo

²⁵ SISFAT – Sistema de Faturamento

Observamos que dentre essas causas estão atendimentos aos grupos prioritários na ESF, como hipertensos, crianças, gestantes e diabéticos. Estes são esperados como sendo os mais prevalentes atendimentos devido ao cumprimento de metas na avaliação das equipes. Mas, também observamos outros diagnósticos gerando atendimentos frequentes nesta população, como cefaléia, epilepsia, helmintíases, transtornos misto ansioso e depressivo, nos apontando a importância dessas informações para o diagnóstico do perfil de doenças e agravos da população.

Vale destacar a grande frequência de causas ignoradas para os atendimentos. Isso se deve ao atendimento feito por profissionais aos quais não competem fazer diagnóstico a partir do CID. Porém a equipe deveria ter uma forma de sistematizar as causas desses atendimentos, o que ampliaria a compreensão sobre a situação de saúde da população. A partir do SIA-SUS também obtém-se dados sobre os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde bucal.

O grande problema é que a equipe não tem retorno das informações que preenche no SIA-SUS e portanto elas não produzem um conhecimento efetivo para o diagnóstico local em saúde. São informações que se perdem, sendo utilizadas para fins de faturamento do município, mas que poderiam guiar ações em saúde para a melhoria da situação de saúde-adoecimento da população, como fica evidente nestes relatos.

“As planilhas de atendimento que nós preenchemos todos os dias, com todos os atendimentos, programados ou não, nós não temos retorno algum... eu tenho noção do grosso desse atendimento, além dos programas, muito transtorno ansioso, depressivo, quadros agudos, mas isso não está sistematizado...” (E2)

“Todas as informações deveriam voltar para o posto, mas a ESF é que abriu essa possibilidade, pois as informações nunca eram enviadas para os postos de atenção básica, a gente não tinha acesso a informação nenhuma, o SIA-SUS é usado por todo o sistema ambulatorial, não retorna.” (E1)

“Eu sei que esse mapa é dos atendimentos do médico, da enfermeira... toda semana isso é mandado pra secretaria. Seria muito bom se a gente soubesse o que foi atendido da nossa microárea, ia ajudar no nosso trabalho, se a gente tivesse isso todo mês, como vem o SIAB.” (E9)

Essa opinião sobre como seria útil saber os atendimentos provenientes das microáreas aponta para a importância do SIA-SUS no estudo da demanda espontânea. Se as planilhas fossem organizadas por microáreas, essas informações poderiam levar a um maior

conhecimento sobre as necessidades da população dentro do território, orientando melhor o trabalho das agentes, assim como o da equipe.

Isso aponta para a seguinte reflexão de Santos e Rigotto (2011, p.393), “A construção de instrumentos e ferramentas que permitam uma aproximação ao território de atuação das equipes de saúde da família para levar a termo as ações programáticas previstas na ESF e, para além delas, a consecução de efetivas ações de vigilância em saúde, vêm assumindo importante papel e representam hoje grande desafio.”

Nesse sentido, observamos que a equipe de saúde da família do Caxambu, além dos instrumentos oficiais, procura utilizar outros instrumentos de produção e sistematização de informações como: o livro ata das reuniões de equipe; livro de hipertensos; relatórios sobre o território produzidos pelos profissionais da equipe e por estudantes de medicina; levantamentos realizados nas pesquisas produzidas pelas parcerias academia-serviço; caderno de visitas domiciliares; caderno das agentes de saúde; relatos escritos pelas agentes sobre as famílias; mapas do território.

O livro ata das reuniões, como já descrito anteriormente, é um instrumento no qual a equipe sistematiza várias informações sobre as realidades locais e sobre as atividades e ações realizadas. Toda a equipe tem acesso a esse livro, que fica disponível na sala de reuniões.

O livro de hipertensos tem informações mais atualizadas sobre o quantitativo de portadores desta doença em relação ao consolidado mensal do SIAB, e sobre a classificação do estágio de gravidade da hipertensão.

Há relatórios produzidos sobre o território pela equipe e por estudantes de medicina. No seu processo de elaboração, produzem conhecimento sobre as realidades locais. Os objetivos de construção desses relatórios foram diversos, como apresentação da área para parcerias intersetoriais, como por exemplo o FIRJAN (Federação das Indústrias do Rio de Janeiro), que na época se propôs a fazer melhorias em uma comunidade carente; avaliação do aprendizado de internos de Medicina; e renovação do diagnóstico situacional local pela equipe.

Os levantamentos realizados pela equipe nas pesquisas do Pró-Saúde e Pet-Saúde, desenvolvidas junto à FMP/FASE, produzem e sistematizam informações, como a atualização do perfil de renda e de acesso à alimentação realizado junto às mais de 300 famílias inscritas nos Programas Bolsa-Família e Cesta-Cheia. Essa atualização é importante no acompanhamento a essas famílias, observar as que progrediram em relação a esses parâmetros, avaliar o real benefício desses programas.

Quanto à renovação do diagnóstico situacional, a equipe realizou há 3 anos um projeto chamado “Repensando o Caxambu”, com a renovação dos mapas das microáreas pelas agentes e apresentação dos mesmos para todos os profissionais. A equipe pretende renovar esse projeto e já foi construído um relatório de uma microárea por uma agente de saúde. Neste relatório constam informações como: o perfil de doenças e agravos da população; índice de desemprego na população jovem adulta; perfil das instituições religiosas, dos estabelecimentos comerciais e dos locais de lazer; perfil dos determinantes ambientais de risco assim como o perfil das moradias, descrito a seguir: há 218 moradias, 178 famílias cadastradas, 40 casas vazias, 32 famílias pagam aluguel e 4 famílias moram de favor. Observamos uma aproximação deste relatório à realidade territorial local, gerando informações que não constam no SIAB.

O caderno de visitas domiciliares agrega informações das visitas realizadas pelos profissionais de nível superior. Há relatos sobre as famílias visitadas, sobre a dinâmica dessas famílias, sobre problemas detectados. Os profissionais referem que este caderno já foi mais utilizado, pois as informações mais relevantes geradas pelas visitas são, normalmente, discutidas nas reuniões de equipe e ficam registradas no livro Ata.

As agentes de saúde têm seu caderno de visitas onde anotam várias informações sobre seu trabalho, como problemas e situações específicas detectadas nas famílias, condições das moradias e informações que serão passadas para o SIAB. Esses cadernos são de acesso só das agentes, mas muitas informações contidas neste instrumento são repassadas nas reuniões de equipe. As informações mais relevantes segundo as agentes, podem ser relatadas por escrito em folha separada a qual é colocada no prontuário da família, de modo que os profissionais de nível superior tenham acesso durante as consultas. O relato a seguir mostra a importância da sistematização dessas informações.

“ Em Vd à família X, moradora M., não fui recebida, pois a senhora M. estava na casa com os 3 filhos, B. 9 anos, N. 5 anos e L. 2 anos, que quando me ouviram chamando a mãe pediu que as crianças ficassem quietas e eu pensasse que não estivesse em casa. Fui a casa da filha que é do lado, uma menina de 17 anos, chamada V. e que está grávida, que me relatou que a mãe está alcoolizada e não estava levando as crianças para a escola, e estava naquele estado há alguns dias e dizendo até em se ferir e ferir as crianças, toda essa visita foi relatada para a equipe com a supervisão.” (ACS-prontuário da família)

Essa iniciativa é uma forma de compartilhar e sistematizar as informações geradas pelo trabalho das agentes de saúde sobre situações de grande vulnerabilidade das famílias. Ao

estarem sistematizadas no prontuário podem contribuir para uma clínica ampliada, para uma abordagem mais integral a esses indivíduos nas consultas.

A equipe também faz uso de mapas como instrumentos do processo de trabalho. Na PNAB (2006) está descrito como uma das atribuições da equipe de saúde da família, a definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua. Dessa forma, segundo o exposto, a função principal do mapa seria ajudar a equipe a conhecer seu território de atuação.

Oliveira e Furlan (2010) referem que os processos de *territorialização*, como etapa fundamental da “apropriação/conhecimento” do território pela equipe de trabalhadores da atenção básica, têm-se detido na formulação de mapas compostos pela sobreposição dos chamados perfis: físico - barreiras/circulação; sócio-econômico; sanitário (diagnóstico de condições de saúde: distribuição de morbi-mortalidade, condições de moradia e saneamento); demográfico; rede social “normativa” (lista de equipamentos sociais como escolas, creches, serviços de saúde, instituições religiosas, instituições de apoio social, comércios, etc.); perfil das lideranças comunitárias e organizações associativas, culturais, de lazer, etc. Mas, afirmam ainda os autores que “o importante a ressaltar é que a formulação desses “mapas” traz consigo potencialidades, podendo constituir-se em uma produção importantíssima na aproximação entre equipe e território, dependendo do modo como é realizada e utilizada”(OLIVEIRA e FURLAN, 2010, p. 252).

Observamos que a produção de mapas pela equipe do Caxambu se aproxima do pensamento desses autores, assim propiciando a produção de um conhecimento local.

As agentes de saúde construíram os mapas de suas microáreas de forma manual, numerando as casas por cadastramento, sinalizando as famílias com portadores de hipertensão e diabetes, sinalizando também os macrodeterminantes ambientais de risco. Esses mapas ficam no posto. Serviram para a construção de um conhecimento inicial pelas agentes, mas as mesmas afirmam que no dia a dia já tem esse conhecimento construído e não precisam consultar esses mapas frequentemente, como traz o seguinte relato.

“A gente construiu o mapa e a gente conseguiu ver ali, assim até mesmo distinguir dentro da microárea, aonde está uma área mais crítica, aonde esta uma população talvez com mais problemas ou com menos problemas, ou com mais dificuldade em determinado ponto do que em outro. Mas não utilizo mais esse mapa sempre, porque eu já sei bastante sobre a minha microrárea.”(E10)

Essa fala vem de encontro aos relatos da supervisão citados anteriormente, de o que mapa das microáreas é construído e muito usado no início do trabalho das equipes, mas depois é esquecido. Uma estratégia utilizada pela equipe para a renovação de conhecimento gerado por esses mapas construídos pelas agentes de saúde foi o projeto “Repensando o Caxambu”, já citado anteriormente. As agentes de saúde refizeram os mapas das suas microáreas com as atualizações do território e apresentaram essas mapas para toda a equipe. Essa iniciativa renovou o conhecimento da equipe, como está relatado a seguir.

“ No Repensando o Caxambu, os mapas foram apresentados para toda a equipe. As agentes de saúde têm muito conhecimento sobre as suas microáreas, o mapa está na cabeça delas, mas para o resto da equipe seria muito importante que ela estivessem sempre renovando ele.”(E4)

Além dos mapas construídos pelas agentes de saúde normalmente utilizados na ESF, identificamos também um modo criativo de utilização desse instrumento pela equipe em três situações distintas, as quais citamos a seguir.

- Utilização do mapa para uma maior interação com a população e construção de um conhecimento conjunto sobre o território

A equipe adquiriu um mapa (Mapa 7, p.217) da área adscrita à unidade de saúde na Secretaria de Planejamento do município. As microáreas foram identificadas por cores distintas e foram desenhadas as escolas, a creche e o posto de saúde. Esse mapa já foi trabalhado de forma conjunta com a população em diversas reuniões comunitárias (reuniões de rede, grupos de educação em saúde).

O objetivo de sua utilização é que a população tenha a noção de todo o território adscrito ao posto, localize seu local de moradia, visualize todas as microáreas e suas relações com a unidade de saúde, podendo assim ter uma noção da grande demanda sob responsabilidade da equipe. Ao mesmo tempo, a população indica macrodeterminantes ambientais, riscos e recursos do território no mapa, ampliando o conhecimento local da equipe.

- Utilização do mapa para estudar a convergência dos fluxos da população para as instituições de educação e saúde assim como para outros “fixos” do território.

A equipe construiu no mapa da sua área de atuação, solicitado à Secretaria de Planejamento do município, a convergência dos fluxos da população a partir de estradas e caminhos percorridos para as escolas rural e urbana, para a creche, para o posto de saúde e para a biblioteca de rua. Esse mapa foi construído para ser apresentado em uma reunião de rede. Os fluxos das microáreas para cada local foram construídos em folhas transparentes, em cores diferentes, as quais depois foram todas sobrepostas sobre o mapa (Mapa 8, p.218).

A partir dessa construção, pode ser observado pela equipe que havia uma família que se deslocava da área rural para a creche da área urbana, andando vários quilômetros, por não haver creche na área rural ou transporte escolar. Também, a partir dos fluxos, pode ser observado que a biblioteca de rua era freqüentada, prioritariamente, pelas crianças do morro dos Anjos (microárea1). Esse mapa foi trabalhado com a comunidade, mostrando como se dão seus fluxos no território e a grande convergência destes fluxos para o posto de saúde.

“ O objetivo da construção desse mapa foi mostrar para outras pessoas numa reunião de rede como é que está funcionando o nosso fluxo de crianças para as escolas, creche, ONG, e o fluxo da comunidade em relação ao posto... e também pra gente mostrar quando a gente se reúne com a comunidade, como é que eles caminham na área, as dificuldades das distâncias, onde eles se encontram, o lugares que propiciam esses encontros são recursos na comunidade e não só instituições formais, eles não percebem isso... o mapa foi elaborado pela equipe principalmente a partir das informações das agentes de saúde...a gente se perguntava: -Tem alguma criança aqui de baixo, da área rural, lá na creche São Charbel? Tinha uma família... aí a gente colocava o fluxo daquela família.” (E5)

Esse mapa também foi apresentado em outras reuniões comunitárias. Reforçou a mobilização da comunidade pelo transporte escolar, pois mesmo as crianças da área rural, que freqüentam a escola de sua área, também percorrem uma longa distância. Também gerou conhecimento sobre a localização das famílias das crianças que freqüentam a biblioteca de rua, o que foi de auxílio para as representantes da biblioteca no sentido de se desenvolver um trabalho junto às mães dessas crianças.

Isso aponta para a afirmação de Monken (2008, p.158-59), “ Não podemos encarar o método cartográfico como meramente descritivo, como pode parecer, mas sim como

instrumento capaz de possibilitar interpretações, relacionamentos e montar cenários... Além disso, os mapas possuem grande capacidade pedagógica (e comunicativa) na aprendizagem das interações humanas e dos objetos geográficos que as sustentam.”

Dessa forma, observamos nessas duas situações citadas de utilização de mapas no processo de trabalho da equipe, que ele pode se configurar como um instrumento de comunicação/interação com a população, pode propiciar a produção de informações não contempladas pelo SIAB e potencializar uma política intersetorial no território.

- Utilização do mapa para planejamento das atividades de campo das agentes de saúde.

A utilização de mapas pela equipe também está voltada para a organização do trabalho das agentes de saúde. As microáreas foram divididas em setores A, B, C e D a partir de mapas (Mapas 9 a 15, p.219-225) desenhados pelas agentes, guiando assim o fluxo das visitas domiciliares durante o mês. Essa construção partiu da realidade do trabalho das agentes e procurou organizar melhor seu fluxo dentro das microáreas. Também foi uma forma da equipe acompanhar como as agentes estão trabalhando, pois elas informam o setor que estarão naquela semana, como podemos extrair dos seguintes relatos.

“ A agente comunitária tem a microárea dela, onde ela tem um jeito de trabalhar, e a gente para entender como ela está trabalhando, e para ajudá-las a planejar melhor o percurso das visitas dividiu o fluxo que elas fazem em quatro setores ... a gente perguntou para cada agente como que elas faziam o percurso nas microáreas durante o mês, por onde elas começavam, do norte ou do sul, do leste ou do oeste... aí, por exemplo, uma dizia :- Eu começo do norte. Então a gente perguntava: - Por quê? - Porque eu visito primeiro aquelas famílias que são mais distantes da minha casa, ou, outra dizia , - Eu visito primeiro os hipertensos e diabéticos. Aí de acordo com o que elas diziam e procurando organizar melhor esse fluxo para otimizar o trabalho, nós dividimos as microáreas em setores A,B,C e D. Assim nós também podemos saber onde elas estão durante o mês... a gente toda semana pergunta qual o setor que elas estarão visitando. Tem um mapinha que fica com elas e uma cópia fica no posto, podemos acompanhar melhor com elas estão trabalhando.”(E5)

“Normalmente eu sigo os setores, organiza melhor o trabalho. Só fura quando tem alguma visita de urgência, mas depois organiza de novo. O mapa fica sempre na minha pasta com as minhas fichas.” (E6)

“Eu primeiro visito o setor lá do alto, onde sobe muito, e venho descendo, me organizo assim, pois chega o final do mês a gente tá mais cansada.”(E8)

“Eu gosto muito de seguir o mapa, eu faço as visitas das famílias que mais precisam primeiro no setor, aí quando acaba a semana, mesmo que falte família, eu vou para o outro setor, se der no final eu tento visitar o que falta...”(E11)

“Na minha microárea aqui na área rural, tem uma parte que é muito longe, então se eu tenho que ver alguém doente de repente, aí não dá pra seguir o mapa, porque aí se eu saio de onde eu estou e vou pra longe, eu fico o dia todo lá pra fazer as visitas de lá...”(E6)

Observamos que a maioria das agentes segue o mapa de divisão de setores, é de auxílio para o trabalho no território. É uma forma também do trabalho das agentes de saúde ser acompanhado pela equipe, já que como dito anteriormente num relato, é um trabalho solitário muitas vezes. Isso pode propiciar ao agente uma angústia por não saber como fazer para cumprir tantas visitas, às vezes em território de difícil acesso e deslocamento, como também pode propiciar uma certa negligência no cumprimento de suas funções.

A partir do exposto, observamos que a equipe do Caxambu no seu processo de trabalho utiliza outros instrumentos de produção e sistematização de informações sobre a situação de saúde local além do SIAB. A equipe analisa e critica as informações do SIAB e utiliza mapas, relatórios, livro Ata de reuniões entre outros, potencializando novas práticas em saúde. A produção e utilização de mapas de forma criativa pela equipe tem propiciado uma maior interação/comunicação entre os profissionais e entre a equipe e a população, e contribuído para a organização do processo de trabalho das agentes.

Observamos também que a equipe não tem instrumentos próprios de avaliação do processo de trabalho desenvolvido. A equipe empreende uma avaliação de forma subjetiva do seu trabalho nas reuniões de equipe e após algumas atividades coletivas realizadas, como pode ser observado durante o trabalho de campo. Não existe também uma participação efetiva da população nesta avaliação, o que também é feito muito subjetivamente, através das VDs, dos grupos, da participação nas atividades desenvolvidas pelo posto. O processo avaliativo que acaba sendo efetivado ocorre através dos instrumentos do SIAB, a partir de indicadores quantitativos e de percentuais de cobertura de atendimento a programas direcionados a doenças e a grupos prioritários. Isso vem ao encontro desses relatos.

“ Nós ainda estamos muito atrasados na questão avaliativa. Não existe uma rotina de avaliação na equipe, própria, o que existe é a avaliação feita pelo SIAB, que a gente critica, mas cumpre, corre atrás das coberturas, somos cobrados em cima disso pela supervisão. Nós avaliamos subjetivamente as parcerias e as ações nas reuniões de equipe, através das nossas opiniões. Mas

não existem indicadores para avaliar o impacto a nível de território, da qualidade das ações, se as pessoas estão percebendo melhor essas ações do posto. Eu acho que nesse sentido a gente precisa avançar, de estar produzindo indicadores e ter mais autonomia para avaliar.” (E2)

“A avaliação é sempre pra aumentar o número de visitas, captar mais gestante, mulher pra fazer preventivo.”(E8)

“Nas visitas da pra notar se a população tá satisfeita ou não. Muita coisa que eles não falam no posto sobre o atendimento, eles falam para gente. Mas, normalmente quem reclama é quem não participa do posto, quem vai, participa das atividades tá satisfeito.” (E9)

De forma concordante com as opiniões da supervisão, a equipe acha que a AMQ foi uma importante iniciativa para uma avaliação do processo de trabalho. Dentre as atribuições do processo de trabalho na ESF descritas na PNAB (2006) está incluído o acompanhamento e a avaliação sistemática das ações implementadas visando à readequação do processo de trabalho. Segundo a proposta da AMQ, os seus instrumentos possibilitam a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população (BRASIL,2005).

A equipe se reunia para discutir e preencher a AMQ, fazendo uma avaliação do processo de trabalho. Porém, não houve um retorno e continuidade deste processo pela supervisão. O seguinte relato expressa a opinião concordante da equipe sobre a experiência com os instrumentos da AMQ.

“ A AMQ foi um instrumento muito bom para orientar nosso trabalho. A primeira coisa que a gente avalia a partir da AMQ é que a gente não tem pernas pra cumprir tudo aquilo. Então a gente tem que priorizar de acordo com a nossa realidade. Ajuda muito na auto avaliação das nossa ações, da qualidade dessas ações. Mas, parou, o município começou no maior gás e depois parou.Tem que ser um processo continuado para dar resultado. Se não é uma proposta de avaliação da supervisão, fica difícil continuar,pois a gente é avaliado e cobrado de outra forma. A proposta tem que vir da supervisão.” (E5)

Dessa forma, observamos que a AMQ apresentou-se como uma proposta promissora da avaliação do processo de trabalho na ESF, mais adequada a essa atribuição do que uma avaliação normativa, baseada em indicadores epidemiológicos quantitativos. Porém, não houve continuidade do processo por parte da Coordenação da ESF.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família no município de Petrópolis está implantada há 12 anos e atualmente cobre 35,8% da população. Procuramos nos aproximar da experiência acumulada pelos profissionais para compreender como vem sendo produzido conhecimento sobre a situação de saúde no território, pelas equipes de saúde da família, frente ao contexto de implementação da ESF.

As considerações aqui apresentadas foram guiadas pelo último objetivo desta pesquisa de forma articulada com os resultados obtidos. Assim, analisamos em que medida elementos relacionados ao contexto da ESF têm atuado como fatores facilitadores ou restritivos à instituição de novas práticas em saúde, propiciadoras da produção de informações e conhecimento sobre a situação de saúde local.

Partimos da compreensão de novas práticas em saúde, como *práticas inovadoras*, *novos modos de fazer*, *novas atividades em saúde*, na medida em que estabelecem vínculos sociais, transformando os espaços públicos em “lugares de encontro” de pessoas cuidadoras de si e dos outros (ACIOLI, 2005, PINHEIRO e GUIZARDI, 2005). Também como práticas pautadas pela *integralidade*, guiadas por uma perspectiva dialógica (MATTOS, 2004).

Pudemos nos aproximar de como essas práticas vêm sendo realizadas a partir da análise de uma experiência local no município – o trabalho desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família do Caxambu. Os resultados das entrevistas realizadas com os profissionais e a observação participante do trabalho da equipe apontaram como *práticas inovadoras* em saúde as seguintes práticas realizadas pela equipe: as visitas domiciliares, as reuniões de equipe, as reuniões comunitárias, os grupos de educação em saúde, os procedimentos coletivos em saúde bucal nas escolas, as atividades de interação serviço-ensino-comunidade e o acolhimento. A forma como essas práticas vêm sendo desenvolvidas levam a produção de conhecimento sobre a situação de saúde no território, pois propiciam a uma escuta qualificada das necessidades da população; viabilizam o estabelecimento de vínculo entre a equipe e a população; levam à identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais e são realizadas também nos espaços coletivos (escolas, associações comunitárias). Observamos que essas práticas apontam para o referencial do modelo da vigilância da saúde, onde os sujeitos são a equipe de saúde e a população, são utilizadas tecnologias de comunicação social, as quais Merhy (1998) chama de tecnologias leves, e as práticas também se organizam sob a forma de ações intersetoriais (TEIXEIRA,

PAIM, VILASBOAS, 1998). Há uma permanente disposição dialógica (MATURANA, 2005) e um agir comunicativo (HABERMAS, 1989) na interação da equipe com a comunidade.

Ao encontro desses resultados, Escorel *et al* (2007) ao examinarem fatores facilitadores e limitantes da implementação do PSF em dez grandes centros urbanos após mais de dez anos da implantação da ESF no Brasil, observaram que o estudo revelou avanços na incorporação de novas práticas profissionais na APS e na criação de vínculos entre a equipe e as famílias adscritas. Entre as novas práticas incorporadas, as autoras destacam as atividades de grupo com pacientes em atendimento na Unidade de Saúde da família e as atividades extramuros, sobretudo as visitas domiciliares e as reuniões com a comunidade, realizadas tanto por agentes comunitários quanto por profissionais de nível superior

Analizamos a seguir a influência do contexto sócio-econômico e político organizacional de implementação da ESF no município para a realização dessas novas práticas. Discutimos os resultados a partir das dimensões do contexto que apontaram para os fatores que influenciaram positivamente, sendo considerados fatores facilitadores, e os fatores que influenciaram negativamente, sendo considerados restritivos à instituição de tais práticas.

Quanto à influência do contexto sócio-econômico à instituição dessas práticas, pudemos observar duas principais dimensões de análise: a população adscrita à unidade de saúde da família e o território de atuação da equipe.

Quanto aos resultados encontrados a partir da análise da população adscrita observamos como principais fatores restritivos à instituição dessas práticas o excessivo populacional sob a responsabilidade da equipe e as demandas urgentes e diárias da população devido à sua elevada vulnerabilidade.

No estudo inicial, em 1997, realizado pelos técnicos da Secretaria de Saúde para a implantação do PSF no Caxambu, observamos que Posto de Atenção Básica existente atendia a comunidade rural, hoje correspondente a 1.681 habitantes. Com a implantação do PSF na unidade, a incorporação da área urbana foi ampliando o quantitativo populacional até atingir a população de 4.106 habitantes. De acordo com a PNAB (2006), a média recomendada é de 3.000 habitantes. Mesmo sendo observado nesta pesquisa que a equipe não é capaz de efetivamente atender toda essa população, observamos que a população não atendida no posto é preferencialmente composta de adultos jovens em fase laborativa, e que o grande quantitativo acompanhado corresponde à população que mais gera demandas urgentes, o que sobrecarrega a equipe e limita o tempo na agenda dedicado a outras práticas.

Nesse sentido, Conill (2002) no estudo em que analisa o PSF em Florianópolis obteve como um dos resultados que o mau dimensionamento entre equipe e população tem como

consequências dificuldades para realização de visitas, grupos e seguimento de pacientes com curativos domiciliares.

Quanto à análise do território, a constituição de dois territórios distintos de atuação da equipe, um rural e um urbano, com características populacionais próprias e, portanto, necessidade de planos de ação particulares, se constitui como um fator restritivo às práticas inovadoras em saúde. O processo de trabalho é dividido entre esses dois territórios levando à alternância de grupos, das visitas domiciliares dos profissionais de nível superior e médio e dos encontros comunitários entre as áreas rural e urbana, o que dificulta e limita o tempo para a programação e realização dessas práticas.

Já as formas de organização da população como em associação de moradores e/ou conselho local (por iniciativa local), assim como a existência de instituições sociais como escolas, creches, Ongs e instituições religiosas que atuem ativamente no território, constituem-se como fatores facilitadores à instituições dessas novas práticas em saúde. Favorecem a interação equipe-população a partir desses espaços coletivos e também potencializam uma prática intersetorial.

Em relação ao contexto político-organizacional da ESF, observamos as seguintes dimensões que apontam os fatores que influenciam a instituição dessas práticas: cultura institucional; participação popular na saúde; processo de trabalho da supervisão; processo de trabalho da equipe; avaliação do trabalho da equipe; perfil profissional; e processo de educação permanente.

Quanto à cultura institucional observamos que não houve a valorização de um diagnóstico situacional como prática institucional em saúde no município. Isso pode ser bem visível no processo de implantação do PSF no município. Neste processo, o fator político eleitoral esteve presente na escolha das localidades. A implantação parece ter seguido uma dupla lógica: a seleção de territórios com perfil de vulnerabilidade social segundo os dados técnicos e também de acordo com interesses políticos, não priorizando-se muitas vezes as áreas mais vulneráveis e sim as mais propícias à articulação político partidária. Isso mostrou-se evidente com a maior implantação de equipes em anos eleitorais e em áreas não selecionadas pelos técnicos, em detrimento de outras prioritárias.

Apesar das entrevistas sinalizarem para pouca influência da população na implantação de equipes de saúde da família, pensamos em até que ponto não houve articulação de lideranças locais com interesses político partidários. Essas articulações muitas vezes passam despercebidas, por ocorrerem nos bastidores.

Senna (2002, p.209) aponta para esse problema,

“A definição das áreas prioritárias pelo nível local pode contribuir enormemente para a o estabelecimento de prioridades e de princípios de justiça local... Por outro lado, é preciso considerar que os municípios brasileiros têm sua tradição política assentada sobre o clientelismo e o paternalismo, podendo, dessa maneira, contribuir para que o PSF se configure muito mais em um mecanismo de barganha política envolvendo prefeitos, vereadores e a população do que um instrumento de promoção da equidade.”

A realização do diagnóstico local é o fator mais importante para guiar o planejamento de ações que possam ter impacto positivo sobre o processo saúde-doença e interferir na vulnerabilidade dos grupos sociais. A prática do diagnóstico situacional deve ser uma prática institucional em saúde, com as informações produzidas direcionando as políticas públicas em prol da melhoria das condições de vida da população.

A informação e a forma de produzi-la estão diretamente relacionadas ao uso que se pretende dar as mesmas. Por exemplo, a produção de indicadores epidemiológicos quantitativos de morbidade tem levado, prioritariamente, a ações focais de assistência enquanto as informações provenientes de um diagnóstico situacional territorial, levando a compreensão sobre as vulnerabilidades locais, podem ser a base para as ações intersetoriais de promoção da saúde.

Porém, durante o processo de implantação da ESF em Petrópolis não houve estímulo para a realização de um diagnóstico territorial municipal amplo, com maior valorização dos dados técnicos, no sentido de favorecer a equidade na escolha dos territórios de implantação de Unidades de Saúde da Família. Também não há, como prática institucional, a priorização deste diagnóstico territorial como atribuição das equipes de saúde da família, o que configura-se como um fator restritivo à incorporação no processo de trabalho das equipes de novas atividades em saúde, como práticas intersetoriais.

Uma outra dimensão analisada foi a participação da população na área da saúde. Observamos que há uma necessidade de uma maior participação popular que não seja de uma forma vinculada a interesses políticos eleitorais. Isso seria um fator promotor de práticas inovadoras em saúde, por propiciar esse encontro entre profissional-usuário e deveria ser potencializado nas localidades por políticas de estímulo à organização popular.

Nesse sentido, Vianna e Dal Poz (1998) ao analisarem a implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil encontraram três modelos de implantação: o regional, o singular e o iniciante. O modelo regional é caracterizado pelo desenvolvimento regional do programa, isto é, o programa a nível local é fortemente influenciado por uma política regional (estadual)

de apoio às mudanças nas práticas assistenciais de saúde na Atenção Primária; há o desenvolvimento de espaços intersetoriais regionais na área social ; e conta ainda com grande apoio e participação da comunidade, tanto através de seus canais próprios de representação como associações e sindicatos, quanto nas instâncias de gestão do sistema (conselhos gestores de unidade de saúde e Conselho de saúde). Este modelo foi observado nos municípios do Nordeste e apresenta um bom desempenho. O modelo singular apresenta um funcionamento autônomo, sem a participação de outras esferas do governo. Envolve a própria estrutura da secretaria de saúde (Niterói) ou um instituição autônoma (Qualis). Esse modelo também é fortemente influenciado pelas comunidades locais, cuja participação é decisiva para o bom êxito do programa. Já no modelo iniciante (Barbacena e Cotia), o programa ainda é incerto e pouco desenvolvido, sem a participação da comunidade. Se desenvolve de forma isolada, tanto das demais instâncias de governo, como da própria comunidade.

Os resultados apresentados apontam que uma maior participação popular propicia a novas práticas em saúde e a melhores desempenhos da ESF.

Em Petrópolis, não há Ouvidoria da Saúde nem uma política para a efetiva implantação de Conselhos Locais de Saúde. Há poucas iniciativas de formação de conselhos locais a partir da articulação da associação de moradores e lideranças locais com postos de saúde da família.

Pela primeira vez desde a sua implantação, a presidência do Conselho de Saúde está sendo ocupada por um representante da sociedade civil, sendo uma representante do segmento dos usuários. Tradicionalmente, os Secretários de Saúde ocupavam esse cargo após votação. Isso aponta uma maior articulação e participação da população. Porém, sem o papel de mediação dos técnicos, democratizando e gerando um fluxo das informações em saúde, a tendência é que o foco do debate se concentre em áreas de interesse de articulações políticas locais. Isso aponta para a reflexão desses autores.

“As análises sobre os conselhos municipais de saúde têm demonstrado que a institucionalização destas instâncias inaugura novas formas de gestão local nunca antes vividas por estados e municípios brasileiros. São, assim, processos relativamente recentes, introduzindo inovações e impactos diversos em cada localidade. No entanto, é forçoso constatar que a construção deste novo lugar de fazer política esbarra com freqüência em atores e interesses tradicionais no cenário local, convivendo com certos vícios elitistas e clientelísticos que se revelaram em traços de cooptação de lideranças locais.” (MONNERAT, SENNA, SOUZA 2002, p.516).

Para que o Conselho de Saúde possa ser um propiciador de políticas locais que promovam maior equidade é preciso a construção de um diagnóstico territorial municipal conjunto, de forma que as informações técnicas embasem a participação e o controle social.

Quanto ao processo de trabalho da equipe de supervisão, vários problemas foram apontados. Um deles é a falta de um setor de planejamento dentro da secretaria de saúde, e os supervisores são por vezes desviados de sua função junto às equipes para serem responsáveis por planejamentos que dependem também de informações de outros setores, como o planejamento do plano de saúde municipal e do relatório de gestão anual. Como os setores são desarticulados, não havendo o cruzamento dessas informações em um setor único de planejamento, o trabalho demanda grande tempo para ser realizado.

Apesar das funções da equipe de supervisão estarem definidas no Plano Municipal de Saúde, não está bem definido o processo de trabalho para desenvolvê-las. Há sempre demandas, muitas vezes de ordem administrativa e de infraestrutura das equipes, para as quais deveria haver setores organizados, inclusive já instituídos no organograma municipal da secretaria de saúde desde 1993. A equipe tem sobrecarga de incumbências, muitas fora da própria área de atuação dos supervisores, havendo pouco espaço para a discussão e organização do processo de trabalho. Na verdade, os supervisores estão sempre apagando incêndio.

Isso nos aponta para o conceito de “ditadura da urgência” cunhado por Valla (1998), “*A falta de investimentos na infraestrutura do consumo coletivo leva a grandes parcelas da população a viver num estado de “ emergência permanente”*”. Nesse sentido, observamos que a falta de infraestrutura e organização definida para o processo de trabalho da supervisão acabam por gerar demandas as quais, como num ciclo vicioso, não permitem um espaço para a reestruturação do processo de trabalho, gerando um estado de “emergência permanente”, onde não se consegue elaborar um “projeto de supervisão” que possa guiar uma prática voltada para o fortalecimento da ESF.

Os supervisores apresentam, dessa forma, limitações para orientar e participar do planejamento do processo de trabalho das equipes de saúde da família, estimulando pouco a instituição de práticas inovadoras que propiciem a produção de conhecimento local.

Feuerwerker (2005, p.502) reforça essa discussão ao construir um olhar analisador sobre as fragilidades do SUS, “ *as idéias, propostas e políticas implementadas na gestão e organização da atenção[como a ESF] de maneira predominante no SUS não têm produzido alternativas políticas e técnicas suficientes para operar as transformações do conceito e das práticas de saúde...*”

Um indicativo de que este problema é latente foi a organização de uma oficina na busca do aprimoramento do processo de trabalho da supervisão, chamada “Supervisão com Visão”. Porém, não se conseguiu implantar os direcionamentos dessa oficina, tendo apenas gerado experiências positivas que auxiliam alguns supervisores. O principal motivo para que o projeto desta Oficina não fosse a frente foi ter sido organizado num governo e o próximo não ter dado continuidade.

Um dos sentidos do trabalho em saúde para o setor político é que os projetos devem dar visibilidade ao governo e que projetos de um governo anterior de outro partido não devem ser incentivados. Os técnicos vêm os seus projetos interrompidos e precisam concentrar-se na nova proposta de governo. Dessa forma, muitas vezes é desperdiçado o conhecimento técnico já construído ao longo do tempo, bons projetos são engavetados e os profissionais ficam desmotivados.

Isso aponta para o pensamento de Merhy (2010) sobre a gerência em saúde. O autor enfatiza que sem motivação criadora e empenho improvisador, o trabalho sanitário tende a perder a capacidade para resolver problemas, tende a se embaralhar na complexidade e desorganização dos complexos sistemas de saúde e tende a se submeter aos pesados constrangimentos do meio sócio-econômico-político de cada contexto. Essas colocações reforçam a necessidade de que os gestores estimulem a área técnica gerencial em saúde a novas práticas e projetos, dando continuidade aos já desenvolvidos e promovendo espaços de discussão e construção conjunta de consensos sobre o trabalho em saúde.

Quanto ao processo de trabalho das equipes de saúde da família no município, procurou-se desde a implantação seguir as diretrizes do ministério da Saúde. Porém, apesar de na PNAB (BRASIL, 2006) estar instituído que as equipes devem atuar no território, realizando diagnóstico situacional, o processo de trabalho segue, prioritariamente, os programas de saúde direcionados a doenças e a grupos específicos, e à assistência.

Portanto, existe um distanciamento entre o que é preconizado e o que está sendo efetivamente desenvolvido no processo de trabalho, no que está na norma do MS e no que ocorre no cotidiano das equipes de saúde da família. Isso se deve ao fato das equipes serem avaliadas e cobradas em cima de indicadores quantitativos de cobertura de assistência a programas direcionados a doenças e a grupos prioritários. A realização de um diagnóstico situacional amplo demanda práticas que não podem ser “aprisionadas” nesses indicadores.

Nesse sentido Franco e Merhy (2004, p.118) afirmam, “ no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde...Não é muito diferente do modelo atual que infere que consultas e exames são equivalentes a

soluções para problemas de saúde”. Os autores nos apontam que essas ferramentas: os atendimentos clínicos, as visitas domiciliares, os grupos comunitários são analisados apenas quantitativamente, e esse quantitativo é a forma de avaliar e cobrar o resultado em saúde.

Os instrumentos utilizados pela supervisão para a avaliação do trabalho das equipes são os consolidados do SIAB. O SIA-SUS é muito pouco analisado e as equipes não têm acesso aos seus consolidados. Não está incluído na avaliação das equipes nenhum dispositivo para a participação da população. De resto, ocorre uma avaliação muita subjetiva, de acordo com a opinião pessoal de cada supervisor.

Uma das formas de repasse de incentivos financeiros federais para os municípios, destinados a ESF, corresponde ao alcance de metas de produção a partir dos indicadores quantitativos normatizados no SIAB. Portanto, isso induz uma avaliação normatizada do trabalho das equipes baseada na quantidade de atendimentos e procedimentos. Isso nos traz o seguinte questionamento: Como estimular uma nova prática em saúde, se só é levado em consideração para avaliar estas novas práticas modelos de avaliação normatizados que não são capazes de apreender o novo trabalho? Portanto, a forma de avaliação do trabalho das equipes tem configurado-se como um importante fator restritivo a instituição de novas práticas em saúde.

O SIAB, apesar de ser um instrumento que trabalha com diversas informações, não é capaz de embasar uma avaliação crítica do processo de trabalho das equipes a partir da perspectiva da integralidade do cuidado. Nesse sentido, Breilh (2000) traz a reflexão sobre o paradoxo de que enquanto se aceleram os ritmos da informação se empobrece o conhecimento integral e se rompe o pensamento crítico.

Uma outra forma de avaliação do processo de trabalho na ESF já foi realizada no município: a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Foi utilizada por dois anos e meio, sendo considerada pelos profissionais da supervisão e da equipe do Caxambu como um instrumento avaliativo de grande potencial. Permite o monitoramento e a avaliação das ações a partir de como vêm sendo desenvolvidas no processo de trabalho e não apenas a partir de resultados quantitativos, e também é um processo auto-avaliativo.

De acordo com esses resultados, MOURA (2010) ao analisar os resultados e impactos da Avaliação da Melhoria da Qualidade da ESF em Petrópolis, concluiu que a análise realizada mostrou que a AMQ pode ser um instrumento de grande valia para a melhoria da qualidade das ações das equipes, ao permitir que as mesmas façam um diagnóstico dos seus pontos negativos e positivos. Cada equipe pode a partir da identificação dos pontos negativos (padrões) avaliar os motivos dos mesmos e tomar medidas para melhorá-los. O autor ainda

conclui que a AMQ não só pode ajudar as equipes quanto a este diagnóstico, mas também aos órgãos locais de gestão do Programa, que podem utilizar seus dados para verificar como anda o processo de trabalho do conjunto das equipes (quais sub-dimensões estão mais fracas ou mais fortes) e, a partir daí, realizar ações que possam contribuir para seu incremento, procurando fornecer elementos para fortalecer as equipes quanto aos itens mais deficitários.

Observamos que a AMQ vem ao encontro da Política Nacional da Atenção Básica. Nela está definida como uma das diretrizes do processo de trabalho na ESF o acompanhamento e a avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006). Portanto, é uma iniciativa propiciadora de novas práticas em saúde ao fornecer para os profissionais uma informação comprometida com a qualidade da assistência à saúde

Apesar dos supervisores no município avaliarem o trabalho das equipes através do SIAB eles o consideram um instrumento limitado para a avaliação do processo de trabalho e para o diagnóstico de saúde no território.

Essa opinião é reforçada pelo resultado encontrado na pesquisa intitulada “Saúde da Família: Avaliação da Implementação em dez grandes centros urbanos”. Foram entrevistados gestores municipais e gerentes da ESF, sendo observada a seguinte opinião sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica “ *O elenco de procedimentos cobertos pelo SIAB não dá conta da totalidade das atividades dos profissionais, nem favorece a observação da integralidade da assistência proposta pelo município. A estrutura do SIAB não permite informar atividades de iniciativa municipal relacionadas com a especificidade da organização do sistema e com os problemas sócio-sanitários locais*”(GIOVANELLA et al, 2005, p.198).

Os profissionais da equipe de saúde da família do Caxambu, mensalmente, no fechamento da produção do posto, analisam de forma crítica os dados que serão sistematizados nos consolidados do SIAB. Procuram ampliar a discussão sobre as informações produzidas. Quando há o retorno dos consolidados pela secretaria, analisam as informações e planejam ações necessárias para o alcance de metas. Porém, também acham um instrumento limitado para um diagnóstico da situação de saúde no território, além de induzir a uma prática em saúde baseada na assistência. Segundo os profissionais, são necessários outros instrumentos de coleta de dados que complementem os indicadores sócio-demográficos e epidemiológicos presentes no SIAB, para possibilitar assim, uma aproximação com as necessidades sociais em saúde da população e construir um conhecimento amplo da complexa realidade territorial. Nesse sentido Mattos (2001, p.56) afirma,

“Não há dúvida de que a epidemiologia oferece ótimas ferramentas para uma das percepções das necessidades de serviços de saúde de uma população, mas de modo algum ela oferece a única forma de caracterizar tais necessidades, nem tais necessidades apreendidas epidemiologicamente são mais reais do que, por exemplo, aquelas outras manifestas através da demanda espontânea. Algumas necessidades simplesmente não podem ser apreendidas pela dimensão epidemiológica, e há ações que se justificam independentemente do impacto epidemiológico que porventura produzam.”

Além do SIAB, a equipe de saúde da família do Caxambu utiliza outros instrumentos de produção de informações para embasar uma nova prática em saúde, como mapas, relatórios produzidos sobre o território e o livro ata das reuniões. Os mapas são utilizados de forma criativa levando a uma maior interação com a população na produção de conhecimento conjunto sobre o território, produzindo informações sobre os fluxos da população e ajudando no planejamento do trabalho de campo das agentes de saúde.

Uma outra dimensão analisada foi o perfil profissional para o trabalho na ESF. Quanto à escolha dos profissionais para o trabalho na ESF no município, atualmente, há grande dificuldade de contratar profissionais médicos, portanto tem sido aceito profissionais muitas vezes sem perfil para o tipo de trabalho proposto. A instabilidade gerada por incentivos não incorporados ao salário e por contratos temporários geram uma alta rotatividade desses profissionais. Há também falta de agentes de saúde, porém isso deve ser amenizado por nova seleção pública. A falta de profissionais médicos, sua alta rotatividade, falta de agentes de saúde e de equipes sem profissionais de saúde bucal são fatores restritivos às práticas inovadoras em saúde, pois limitam o cuidado integral e o trabalho em equipe.

Na equipe do Caxambu, os profissionais de nível superior apresentam pós-graduação em Medicina Geral e Comunitária, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Pública e Saúde Coletiva, assim como a auxiliar de enfermagem e os demais profissionais tem uma experiência acumulada na Atenção Básica. A maioria das agentes de saúde possui ensino médio completo o que propicia uma maior compreensão sobre o trabalho na ESF. Há também uma experiência no SUS municipal em Residência de Medicina Social e Comunitária além de uma experiência em formação de agentes de saúde no trabalho nas comunidades carentes do município pela Escola de Enfermagem do Colégio Santa Catarina. Configurando-se, assim, um perfil dos profissionais mais adequado ao trabalho na ESF. Esse perfil é um fator facilitador às práticas inovadoras em saúde.

Esses resultados são reforçados pelos encontrados no estudo de Giovanella et al (2009) sobre a implementação da ESF em quatro grandes centros urbanos. As autoras referem que a

vontade política do gestor municipal para formar a força de trabalho da saúde da família, com vistas à sua fixação e qualificação para a atenção primária, é fator explicativo para diferenças de resultados nos processos de implementação da ESF nas diferentes cidades estudadas. Nesse mesmo sentido, Mendonça et al (2009) destacam a valorização da formação em saúde pública, em medicina familiar ou em saúde da família, com vistas ao melhor desenvolvimento das ações e resolutividade da Atenção Básica.

Quanto à dimensão trabalho em equipe observamos a existência de vínculo entre os profissionais e o comprometimento com um trabalho compartilhado na Unidade do Caxambu. Nesse sentido, Araújo e Rocha (2009), num estudo realizado no município de Natal (RN), identificaram que a Estratégia de Saúde da Família representa um espaço favorável à construção de novas práticas, sendo capaz de redesenhar o conceito de equipe de saúde. O trabalho em equipe surge como elemento essencial para o desenvolvimento deste modelo. Afirmam que a nova configuração do trabalho na perspectiva de equipe-interação, onde as relações são horizontalizadas e não hierarquizadas e há um projeto em comum, rompe com a fragmentação no processo de trabalho dos profissionais envolvidos com a ESF.

Ao encontro desses resultados, a partir do trabalho de campo desta pesquisa, observamos que a equipe de saúde da família do Caxambu configura-se como uma equipe interação, favorecendo a instituição de práticas inovadoras em saúde. Não há um processo de trabalho centrado por atribuição de categoria profissional, e sim um trabalho em conjunto que favorece as especificidades de cada campo profissional. A participação dos profissionais de nível superior e médio favorecem as visitas domiciliares dos agentes, o conhecimento dos agentes sobre as famílias favorece a prática de uma clínica ampliada pelos profissionais de nível superior, o trabalho coletivo tem levado à construção compartilhada de conhecimento sobre a situação de saúde no território.

Em relação ao processo de Educação Permanente no município, observamos que está mais direcionado aos programas do MS direcionados a doenças e ao acompanhamento de grupos prioritários, à assistência e a demandas externas de implantação de projetos e ações, como sobre violência, com pouca escuta das necessidades dos profissionais da ponta. O diagnóstico de saúde no território é um tema abordado basicamente no curso introdutório. Também observamos que os profissionais sentem falta de mais oficinas e encontros que aprofundem a discussão sobre o processo de trabalho e o diagnóstico de saúde no território, como em algumas iniciativas que já ocorreram no município.

Os agentes de saúde são os profissionais da equipe menos contemplados pela EP e sentem-se um pouco excluídos desse processo. Afirmam sentirem falta de encontros para

discussão das dificuldades do seu trabalho. Portanto, é preciso repensar às necessidades de educação permanente dos agentes de saúde. Nesse sentido Mendonça et al (2009) apontam que “ *a implementação de estratégias de educação permanente que privilegiem o espaço de trabalho como de aprendizagem são fundamentais para a qualificação dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS)*”.

Na Política Nacional de Educação Permanente está definido que “ *Nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente*” (BRASIL, 2009, p.40). A Educação Permanente deve, portanto, contribuir para as mudanças institucionais, ou seja, para as mudanças organizacionais do trabalho em saúde que propiciem a uma nova prática. Desse modo, observamos que no processo de Educação Permanente no município a priorização da assistência configura-se como um importante fator restritivo à instituição de práticas inovadoras em saúde. Porém, iniciativas como oficinas sobre acolhimento, discussão do processo de trabalho, rodas de EP por região de supervisão e curso para as agentes sobre o meio ambiente se traduzem como fatores facilitadores a essas práticas.

No quadro a seguir (Quadro 13) estão sintetizados os fatores restritivos e facilitadores à instituição de práticas inovadoras em saúde apontados por essa pesquisa.

Quadro 13 - Fatores restritivos e facilitadores à instituição de práticas inovadoras em saúde no processo de trabalho das equipes, relacionados ao contexto sócio-econômico e político-organizacional de implementação da ESF no município de Petrópolis, organizados a partir das dimensões analisadas.

	<i>Dimensões</i>	<i>Fatores restritivos</i>	<i>Fatores facilitadores</i>
Contexto sócio-econômico	<p>-População adscrita.</p> <p>-Território de atuação da Equipe de Saúde da Família</p>	<p>-Mau dimensionamento entre equipe-população levando a um excessivo populacional sob responsabilidade da equipe.</p> <p>-Demandas urgentes e diárias da população devido à alta vulnerabilidade.</p> <p>-Marcante heterogeneidade territorial da área adscrita, com a conformação de populações distintas- rural e urbana.</p>	<p>-Organização da comunidade: presença de associação de moradores e/ou conselho local (por iniciativa local).</p> <p>-Presença ativa de escolas, creches, ongs, instituições religiosas.</p>
Contexto político-organizacional	<p>-Cultura Institucional</p> <p>-Participação popular na saúde</p> <p>-Processo de trabalho da Supervisão</p> <p>-Processo de trabalho das equipes</p> <p>-Avaliação do trabalho das equipes</p>	<p>-Pouca valorização dos dados técnicos para a realização de um diagnóstico situacional municipal em saúde e planejamento de ações.</p> <p>-Ausência de Ouvidoria da Saúde e de uma política efetiva de implementação de conselhos locais.</p> <p>- Falta de um consenso para definir o processo de trabalho da supervisão.</p> <p>-Demandas externas ao setor, várias demandas das equipes, falta de infraestrutura para o trabalho.</p> <p>-Estado de “emergência permanente”.</p> <p>-Interferência de interesses político partidários.</p> <p>-Trabalho voltado prioritariamente para a assistência e ao atendimento aos programas verticais do MS direcionados a doenças e a grupos prioritários.</p> <p>-Avaliação normatizada, baseada em metas de produção a partir dos indicadores do SIAB, levando ao distanciamento do que é preconizado pela ESF, como a realização do diagnóstico situacional local, e o que está efetivamente sendo realizado.</p>	<p>-Desenvolvimento de projetos como “Supervisão com Visão”, para discussão do processo de trabalho e construção de consensos.</p> <p>- Inclusão efetiva na agenda de trabalho de práticas e atividades “inovadoras em saúde”.</p> <p>- Utilização de mapas, de forma criativa, como instrumentos de interação com a população na construção de conhecimento conjunto sobre o território.</p> <p>- A utilização da AMQ no processo de avaliação na ESF. Esse instrumento fornece para os profissionais uma informação comprometida com a qualidade da assistência à saúde.</p>

Contexto político-organizacional	-Perfil profissional	-Contratação de profissionais (principalmente médicos) mesmo sem perfil adequado, devido a falta deste profissional e a alta rotatividade gerada por contratos temporários. Isso se deve às desfavoráveis condições de remuneração.	-Formação de profissionais de nível superior em áreas afins ao Saúde da Família e Comunidade, como Saúde Pública, Saúde Coletiva e Medicina Geral e Comunitária. -Experiência acumulada dos profissionais na Atenção Básica. - Maior nível de escolaridade dos ACS. -Experiência no SUS municipal em Residência de Medicina Geral e Comunitária. - Experiência municipal em formação de agentes de saúde no trabalho nas comunidades carentes do município pela Escola de Enfermagem do Colégio Santa Catarina.
	-Trabalho em equipe	- Falta de profissionais médicos, ACS e equipes de saúde bucal. -Alta rotatividade de médicos devido a contratos temporários para suprir a demanda.	- Formação de uma equipe tipo interação, propiciando um trabalho não centrado em atribuições por categoria profissional, e sim um trabalho em conjunto que favoreça as especificidades de cada campo profissional
	-Processo de Educação Permanente	-Processo de Educação Permanente prioritariamente focado nos programas do MS direcionados a doenças e acompanhamento de grupos prioritários; na assistência; e em demandas externas de implantação de projetos e ações. -Pouca escuta das necessidades dos profissionais das equipes.	- Iniciativas como oficina sobre Acolhimento; rodas de EP por região de supervisão ; curso sobre o meio ambiente; e oficina de saúde bucal para padronização de registros e discussão do processo de trabalho.

Ao concluir essa dissertação, quero enfatizar que essa pesquisa não teve como objetivo avaliar o trabalho na Estratégia de Saúde da Família em Petrópolis, para o qual seria fundamental incluir os usuários como sujeitos da pesquisa. Ela procurou compreender como as equipes de saúde da família vêm produzindo conhecimento sobre seu território de atuação a partir da visão dos profissionais. Dessa forma, foi possível aprofundar-se nas questões levantadas e deixar falar os profissionais de saúde, tão pouco ouvidos, para compreender suas dificuldades, seus anseios, suas necessidades.

A Estratégia de Saúde da Família constitui-se como uma proposta de reorganização do modelo assistencial. Propõe uma visão ampliada do processo saúde-doença a partir da introdução dos profissionais nos territórios da vida cotidiana dos grupos sociais. Propõe a

reorganização do processo de trabalho a partir da configuração de uma equipe multiprofissional e da incorporação de novas práticas em saúde.

Porém, o grande paradoxo observado neste modelo, que foi observado nesta pesquisa, é o de empreender uma avaliação que não é capaz de apreender o novo trabalho e a partir desta avaliação induzir uma prática em saúde que se propõe a mudar. A estratégia se torna efetora dos programas verticalizados do Ministério da Saúde direcionados a doenças e a grupos de risco.

Mas, apesar dos problemas levantados, observamos que há um grande potencial de mudança neste modelo. Ao colocar a equipe em contato direto com a população no seu território de vida, além de “números”, a equipe inevitavelmente se deparará com modos de viver, com formas de organização do cotidiano, com trajetórias de vida. Esse conhecimento poderá ser potencializado a partir dos vários olhares da equipe, e será tanto mais rico quanto maior interação e vínculo a equipe desenvolver com a população. Há relatos de várias experiências locais em municípios brasileiros, onde vêm sendo desenvolvidas práticas mais integrais, procurando o cuidado aos indivíduos e as famílias e não apenas a assistência a doença.

A Estratégia também tem tido um importante papel para sinalizar as fragilidades do sistema de saúde e as estruturas rígidas institucionais, de difícil abertura às mudanças, como observamos com o processo de avaliação do trabalho em saúde.

O grande potencializador, portanto, para a mudança da prática em saúde é o “olhar” sobre o território. É a equipe a cada dia ir construindo um conhecimento a partir desse olhar sempre atento, em interação com a população.

A equipe de saúde da família do Caxambu tem esse olhar. Prioritariamente desenvolve ações para o alcance de metas de produção, mas também inclui na sua agenda o trabalho no território. Realiza projetos, desenvolve práticas inovadoras e utiliza novos instrumentos de produção de informações de forma criativa, como mapas. Há uma disposição sempre presente para esse trabalho. O conhecimento construído coletivamente vem propiciando um trabalho mais integral nas áreas profissionais específicas, favorecendo a uma clínica ampliada. Há uma interação entre os profissionais, a qual foi potencializada pelo trabalho conjunto no território.

Queremos destacar aqui que essas experiências não podem deixar de ser aproveitadas como dispositivos de aprendizado para outras equipes, dessa forma construindo-se um conhecimento compartilhado, o que fortalece o potencial inovador e de mudança das práticas que a ESF propõe.

Queremos, neste ponto, destacar o papel da supervisão como a *essência integradora* da Estratégia. Os supervisores têm um espaço privilegiado a ser efetivamente ocupado. Devem trabalhar junto às equipes potencializando uma discussão sobre um processo de trabalho integrador dos profissionais e da equipe com a população, com o olhar voltado para o diagnóstico de saúde no território a partir da instituição de novas práticas em saúde. Devem também trazer à discussão coletiva as experiências desenvolvidas para as demais equipes, num processo de educação permanente integrador e construído de forma compartilhada entre os profissionais. A avaliação do processo de trabalho das equipes deve incluir esse olhar sobre o território, a partir do diagnóstico situacional e das práticas desenvolvidas.

A partir dessas reflexões destacamos algumas contribuições desta pesquisa para o trabalho na ESF no município:

- 1- O quadro 11 (p.169), construído a partir dos elementos que apontam para o potencial inovador das práticas desenvolvidas pela equipe de saúde da família do Caxambu, poderia contribuir para uma avaliação e aprimoramento do processo de trabalho das equipes.
- 2- A partir das experiências positivas desenvolvidas pelos supervisores e pelas equipes, recomendamos a implementação da AMQ no município de forma continuada.
- 3- Poderia ser estimulado o trabalho com mapas como vem sendo desenvolvido pela equipe do Caxambu, a partir de mapas do território (fornecidos pela Secretaria de Planejamento) e de mapas construídos pelas agentes para o planejamento do trabalho de campo. Isso pode potencializar o olhar sobre o território.
- 4- O Projeto “Repensando o Caxambu”, poderia ser instituído como “Repensando o Território” para que as equipes renovem o seu diagnóstico territorial de forma criativa e conjunta e o supervisor possa também ter esse conhecimento atualizado.
- 5- Para melhor direcionamento e aproveitamento da Educação Permanente, seria interessante a formatação de uma comissão multiprofissional, com representantes de todas as categorias, para potencializar um processo de discussão sobre as necessidades sentidas pelas equipes.

Finalizo essa dissertação como comecei ao citar Gramsci, acreditando que o conhecimento que constrói é aquele produzido a partir da experiência vivida, sentida, dentro da dificuldade do outro.

*“ A visita domiciliar possibilita não só a questão de **adentrar** mesmo o território, **conhecê-lo**, se certificar do que ali acontece, do que existe ali, mas **se colocar**, a aí eu acho que a gente aprende demais com esse movimento de se colocar como parte da comunidade, também **fazer parte** desse território no processo de trabalho, **sentir** suas dificuldades...pra **entender** até que movimento a gente tem que fazer pra estar proporcionando uma reflexão da comunidade...”*

(Equipe de Saúde da Família do Caxambu)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ACIOLI, S. Os Sentidos de Cuidado em Práticas Populares voltados para a Saúde e Doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. 2.ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2005. p.187-203.

ALVES, K.V.G. *O que sabe o agente comunitário de saúde?* Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

ANDRADE, L.O.M. et al. A Estratégia de Saúde da Família. In: DUNCAN, B.B et al. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, supl.1, p. 1439-1452, 2009.

AROUCA, A.S. *O dilema preventivista: contribuição para a contribuição e crítica da Medicina Preventiva*. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

AROUCA, A.S. *Reforma Sanitária*, 1998. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> Acesso em 12/05/2010.

BARCELLOS, C. Problemas Emergentes da Saúde Coletiva e a Revalorização do Espaço Geográfico. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.43-55.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70, 1979.

BITTAR, T.O. et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. *RFO*, Rio Grande do Sul,14(1):77-81, jan.-abr,2009.

BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência - Por uma sociologia clínica do campo científico*, Paris, INRA, 1977.

BRASIL.Ministério da Saúde. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde (MS), 1996. Norma Operacional Básica - SUS 01/1996. Portaria MS nº 2.203. Brasília: Ministério da Saúde

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde.Portaria Nº 3.925, de 13 de Novembro de 1998.

_____. Ministério da Saúde (MS). Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Portaria MS/GM 95 de 26/01/01. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. HiperDia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de hipertensos e Diabéticos. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília *SIAB: Manual do sistema de Informação de Atenção Básica*. – DF, 96p., 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família, 2004. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>. Acesso em março de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família : documento Técnico* – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da Implantação do AMQ no Brasil, 2007b. Disponível em <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/paginas/Apresentacoes.asp#sem3a> . Acesso em janeiro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. Ministério da Saúde – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*.– Brasília: CONASS, 282 p., 2009a.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. Acesso em março de 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Datasus: Informações .Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pact2010/pactdescr.htm>. Acesso em janeiro de 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual Técnico Operacional SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília- DF, 2010c. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_SIA_2010.pdf. Acesso em janeiro de 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família. Disponível em <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia> Acesso em 10 de fevereiro de 2011.

BREILH, J. Derrota Del conocimiento por la información: una reflexion necesaria para pensar em el desarrollo humano y la calidad de vida desde uma perspectiva emancipadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):99-114, 2000.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8(2):569-584, 2003.

CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA, S.M. Necessidades de Saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1260-1268,jul-ago,2005.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. In: BARATA, R. B. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap.2, p. 31-75.

CASTELLANOS, P.L. Sobre o Conceito de Saúde-doença. Descrição e Explicação da Situação de Saúde. *Boletim Epidemiológico*, Organização Pan-americana de Saúde, v.10, n.4, p.25-32, 1990.

CASTIEL, L. D. O técnico e as necessidades em saúde. *Cadernos de Saúde Publica*, v.1, p.18-24, 1985.

CECCIM, R.B. Debate (Réplica). *Comunic, Saúde, Educ*,v.9, n.16, p.161-77, set 2004/ fev 2005.

CECÍLIO, L.O.C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001. p.113-126.

CERTEAU, M. A. *Invenção do Cotidiano*. Artes de fazer. 15 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação do programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):191-202,2002.

COSTA,M.A.F; COSTA,M.F.B. *Metodologia da Pesquisa: Conceitos e Técnicas*. Rio de Janeiro: Ed. Interciência, 2009.

CUNHA, M.B.; FRIGOTTO, G. O Trabalho em Espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. *Interface- Comunic., Saúde, Educ.*, vol.14, n.35, p. 811-23, out./dez. 2010.

DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v.13, supl.1, p.641-9, 2009.

ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., EDLER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. / Organizado por Nísia Trindade Lima, Sílvia Gerschman e Flácio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p.59-81.

ESCOREL, S; GIOVANELLA L; MENDONÇA, MHM; SENNA, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 21(2):164-176, 2007.

FACCHINI, L.A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11(3):669-681, 2006.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface- Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FOUREZ, G. *A Construção das Ciências: Introdução à Filosofia e a Ética das Ciências*. SP: Unesp, 1ª reimpressão, 1995.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 1999, Águas de Lindóia. *Anais*. São Paulo: APSP, 1999. v.2, p.145-154.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. In: MERHY, E.E. et al. *O Trabalho em Saúde : olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 55-124.

FMS/COASA/PETRÓPOLIS. Fundação Municipal de Petrópolis/Coordenação de Assistência em Saúde. *Projeto de Implantação do Programa de Saúde da Família em Comunidades do Município de Petrópolis*, 1997a.

FMS/COASA/PETRÓPOLIS. Fundação Municipal de Petrópolis/Coordenação de Assistência em Saúde. *Instrumento de Implantação de Programa de Saúde da família*, 1997b.

FUNTOWICZ, S.; RAVETZ, J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, IV(2): 219-230, jul-out, 1997.

FURLAN, P.G. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na Atenção Básica: alguns apontamentos. In: *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 368-387.

GIL, C.R.R. *Práticas Profissionais em Saúde da Família: Expressões de um cotidiano em construção* (Tese de Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 318p. 2006.

GOHN, M.G. Empoderamento e Participação da Comunidade em Políticas Sociais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.2, p.20-31, maio-agosto. 2004.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Deslandes, S.F.; Gomes, R; Minayo, M.C.S (Organizadora). *Pesquisa Social – teoria, método e criatividade*. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

HABERMAS, J. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Tradução de Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HEIMANN, L.S. e MENDONÇA, M.H.M. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde de Família no SUS: uma busca de identidade. In: *Saúde e democracia. História e Perspectiva do SUS*. LIMA, N.T. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HOLLANDA, A.B. *Pequeno dicionário da Língua Portuguesa*. 11ª ed, Rio de Janeiro: Editora Civilização brasileira S.A., 1987

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico, 2000.

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, ESCOREL S, Almeida PF et al. *Estudo de caso sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/Belo Horizonte/Aracaju/Vitória*. [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Nupes/DAPS/ENSP/Fiocruz; 2009.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001, p.39-64.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

MATURANA, H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005.

MENDES, E.V. *A construção social da Vigilância da Saúde do Distrito Sanitário*. Brasília: OPS, 1993. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº10.

MEHRY. E.E. A perda de dimensão cuidadora na produção da saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000. 269p

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)*. Brasília, 2009. Disponível em <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf> Acesso em fevereiro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial Nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Brasília, 2008. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html Acesso em fevereiro de 2011.

MONKEN M *et al.* O território na saúde – construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008. P.23-41.

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

MORAES, Z.M.V. *Descentralização: análise da avaliação do Programa de Saúde da família em Correia Pinto*. Disponível em: nitropdf.com/professionanal. Acesso em janeiro de 2011.

MORIN, Edgar. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 3ª Ed, 2007.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):929-936, 2009

OLIVEIRA, G.N.; FURLAN, P.G. Co-Produção de Projetos Coletivos e diferentes “Olhares” sobre o Território. In: *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 247-272

OLIVEIRA, R.D. & OLIVEIRA, M.D. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: BRANDÃO, C.R. (org.). *Pesquisa Participante*, 6ª ed., Ed. Brasiliense, São Paulo, 1986.

OLIVEIRA, R.M. (Tese de Doutorado). *A produção do conhecimento em saúde em escala local: populares repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos*. Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 246p. 2000.

OLIVEIRA, R.M.; VALLA, V.V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(Suplemento):77-88,2001

OMS. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atencion Primaria de salud*. Organización Mundial de Saúde, 1978.

OPAS/OMS. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Documento de Posicionamento da Organização Pan Americana de Saúde/OMS, agosto 2005.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface* (Botucatu), Botucatu v5, n.9, Aug, 2001.

PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva do Século XXI*. Salvador, EDUFBA, 2008. 154p.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, M.G.L.C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do sistema Único de Saúde (SUS). *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília 5:27-57, 1992.

PAPOULA, S. R. *O Processo de trabalho intersetorial das equipes de saúde da família no Município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores*. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. 2006.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 35(3):301-11, 2001.

PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política em saúde e equidade na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2):339-350, 2004.

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.

PETRÓPOLIS. SMS- Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, 2008.

PETRÓPOLIS. SMS- Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. Plano Municipal de Saúde 2010-2013, dez/2009a.

PETRÓPOLIS. SMS- Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. Relatório de Gestão, 2009b.

PETRÓPOLIS-TECNÓPOLIS. Disponível em www.petropolistecnopolis.com.br/article.php3?id_article=41 Acesso em dezembro de 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS. Programa Cesta-Cheia, Família Feliz. Secretaria de Promoção Social. Petrópolis, RJ, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS. *Informações para investidores*. Disponível em www.petropolis.rj.gov.br. Acesso em janeiro de 2010.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. 2.ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2005. p.21-36.

PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), 2000. Atlas do Desenvolvimento Humano. Disponível em <http://www.pnud.org.br/home/>. Acesso em dezembro de 2009

PONTES, N.S.T. *Processo de trabalho em saúde bucal e necessidades de educação permanente: a experiência no PSF do município de Petrópolis*. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro Instituto de Medicinas Social. UERJ. 2007.

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

ROSA, A.G.R. Trocando do “era um vez”... para “eu conto”. In: *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 120.b

SABROZA, P.C. *Concepções de saúde e doença*. Texto de apoio ao módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. EAD/ENSP, 2001..

SACCONI, *Minidicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Atual, 1996

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de saúde da família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011

SANTOS, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento: Conferência magna proferida no I Seminário Nacional de Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, em 12 de julho de 2000. *Ciência e Saúde Coletiva*.8(1):309-314,2003.

SANTOS, Milton. *A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed. Reimp.- São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SCHRAIBER, L.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária, p. 20-46. In LB Schraiber, MIB Nemes & RB Mendes-Gonçalves (orgs.) *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. Hucitec, São Paulo, 1996.

SENNA, M.C.M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):203-211, 2002

SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(6):1821-1828, nov-dez, 2005

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco / Ministério da Saúde; 2002.

STOTZ, E.N. *Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde*. In; Brasil/MS/SGTES. *Ver-SUS Brasil: Caderno de textos*, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre Educação Popular e Saúde. In: *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 55.

TAVARES, M.A. Prática da Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B et al. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.101-106.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde Debate* 2003; 27:257-77.

TEIXEIRA, R.R. O Acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2010, p.91-113.

TEIXEIRA, C.F., PAIM, J.S. & VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano VII, no. 2, abril/jun, 1998.

TOBAR, F. ; YALOUR, M.R. *Como fazer teses em Saúde Pública*. Editora Fiocruz,2001

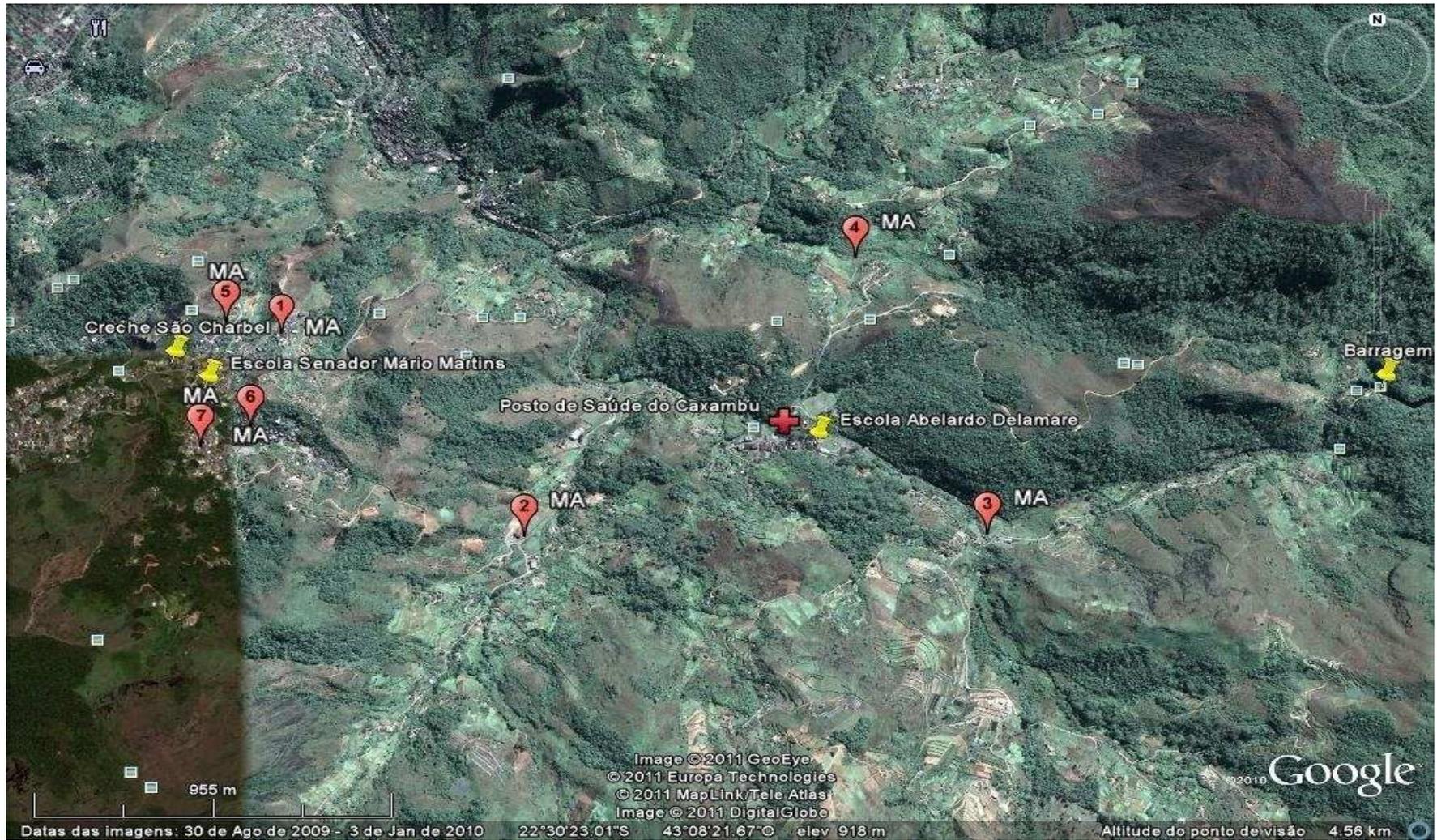
VIANA, A. L. D.; DAL POZ. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 8(2):11-48, 1998

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V.(Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1999.

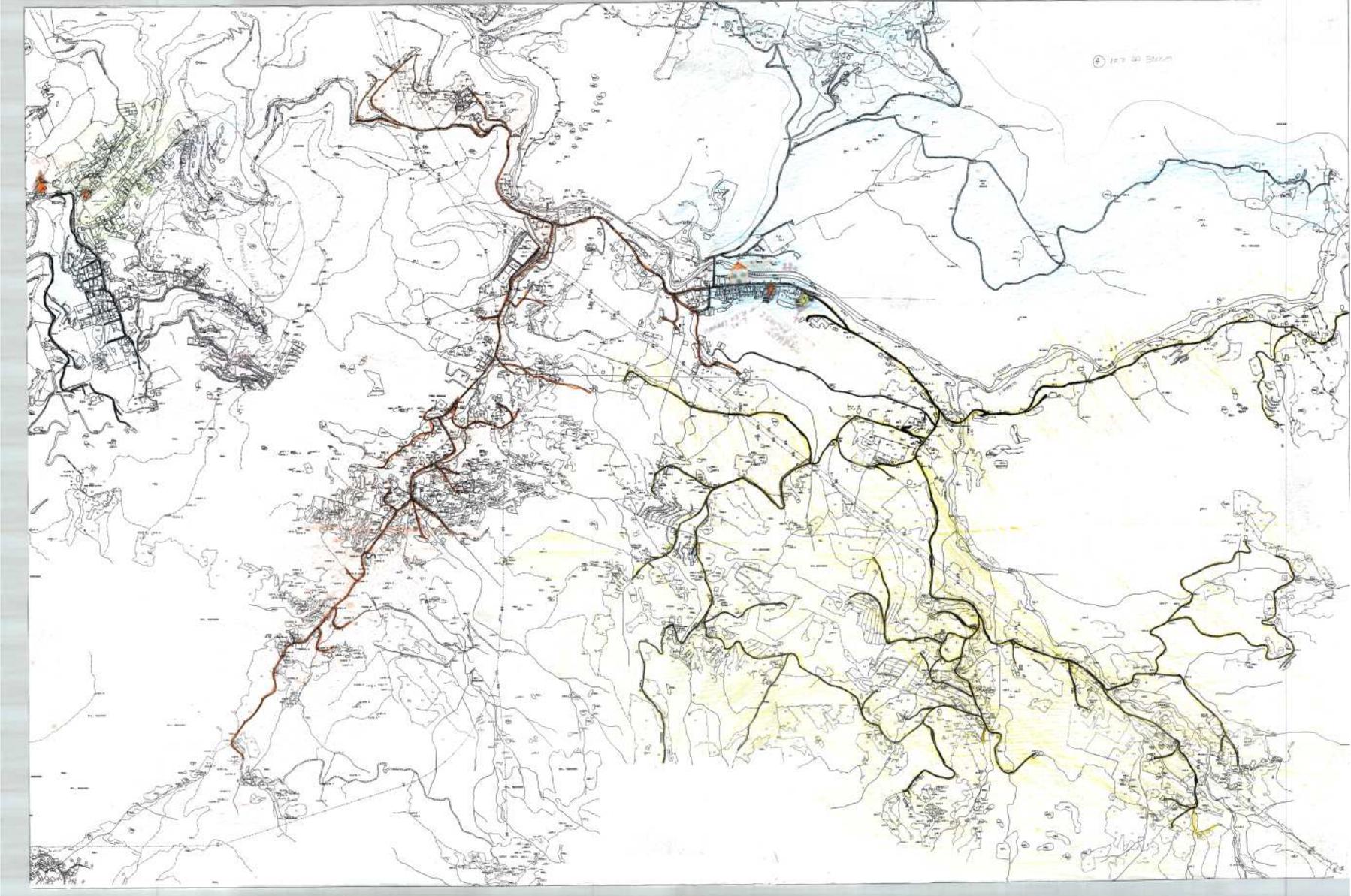
YIN, R.K. *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

MAPA 6 – Foto de Satélite - Área adscrita à Unidade de Saúde da Família do Caxambu (destaque para as microáreas, para as Escolas, para a Creche e para o Posto de Saúde).



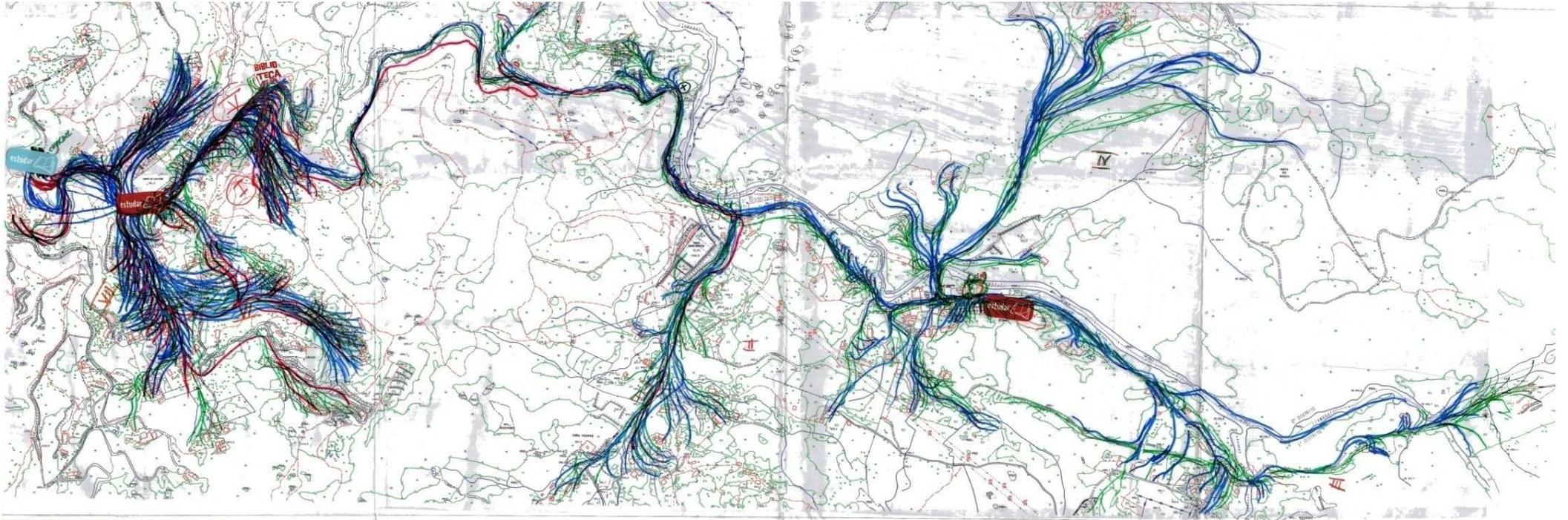
Fonte: Google Earth. Acesso em 12 de fevereiro de 2011.

MAPA 7: Mapa da área adscrita à Unidade de Saúde da Família do Caxambu, identificando as microáreas por cores, os caminhos, as escolas, a creche e o Posto Saúde.



Fonte: Posto de Saúde do Caxambu (adaptado do mapa da região do Caxambu – Secretaria de Planejamento de Petrópolis).

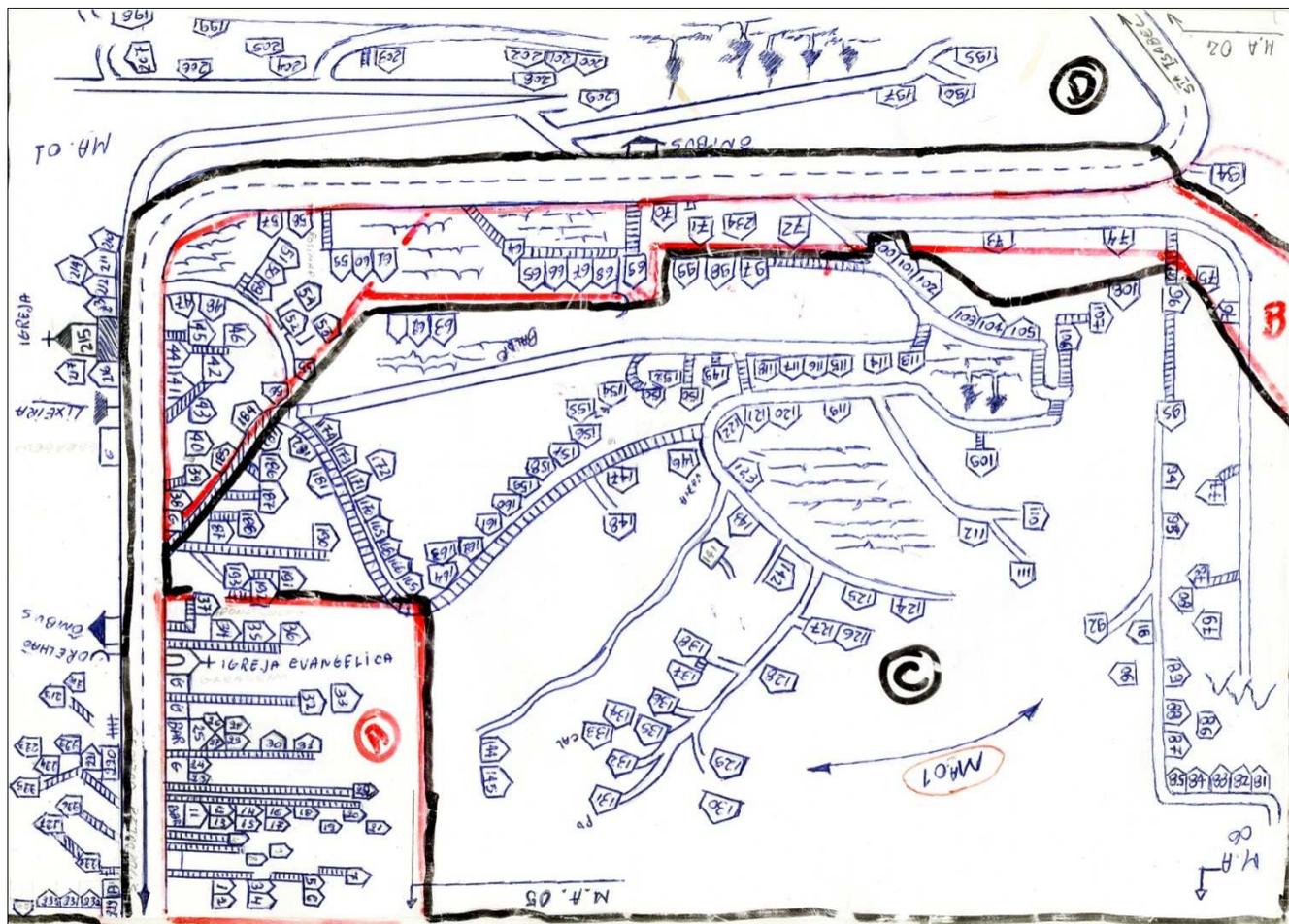
MAPA 8: Mapa mostrando a convergência de fluxos da população para a Escolas, Creche, Biblioteca de rua e para o Posto de Saúde Caxambu.



Fonte: Posto de Saúde do Caxambu (adaptado do mapa da região do Caxambu – Secretaria de Planejamento de Petrópolis).

Mapa 9: Microárea 1 – Morro dos Anjos – divisão por zonas A, B, C e D.

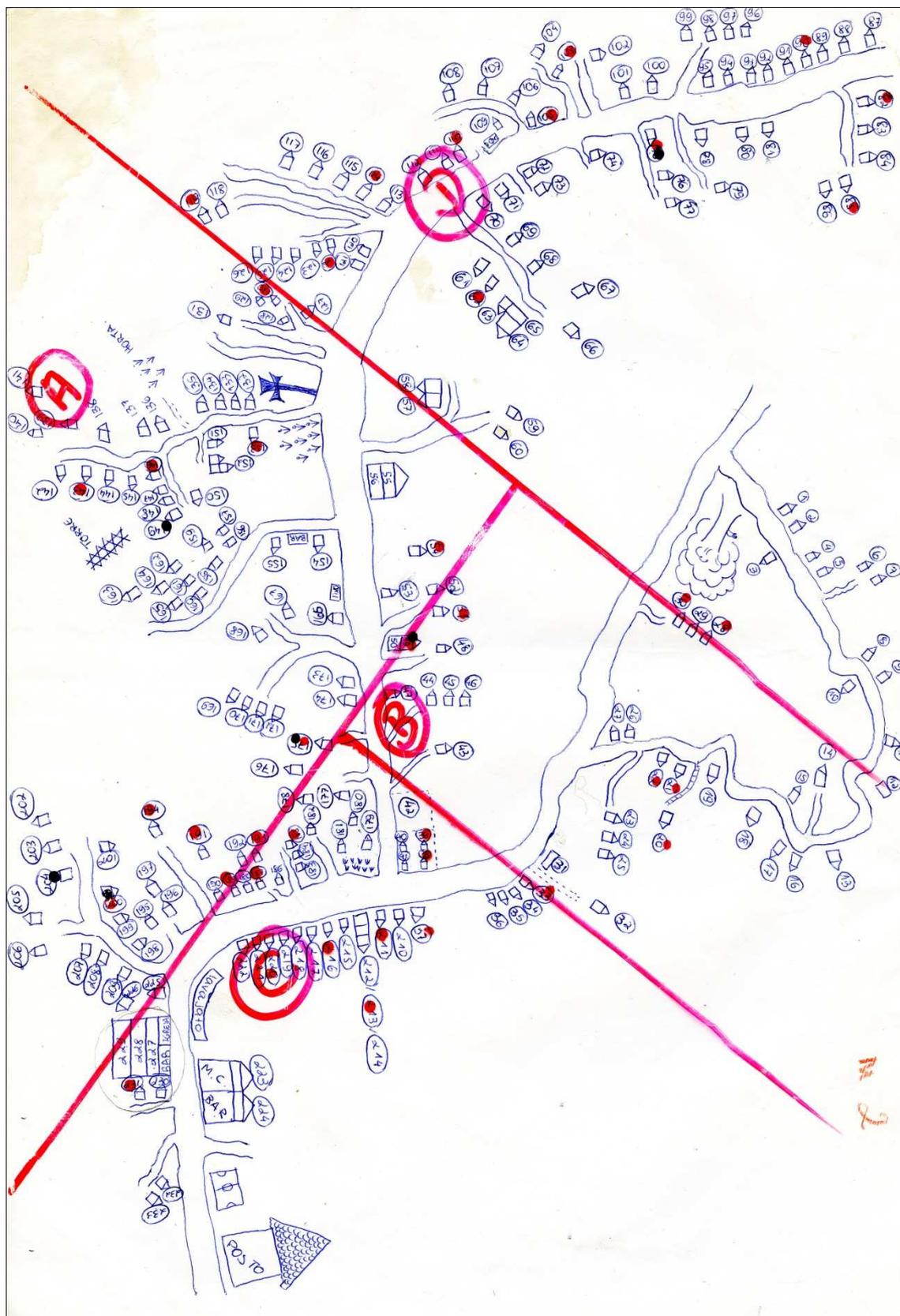
(obs: as casas estão numeradas, há indicações dos limites com outras microáreas, de instituições como igrejas e localização de depósito de lixo).



Fonte: Posto de Saúde da Família do Caxambu.

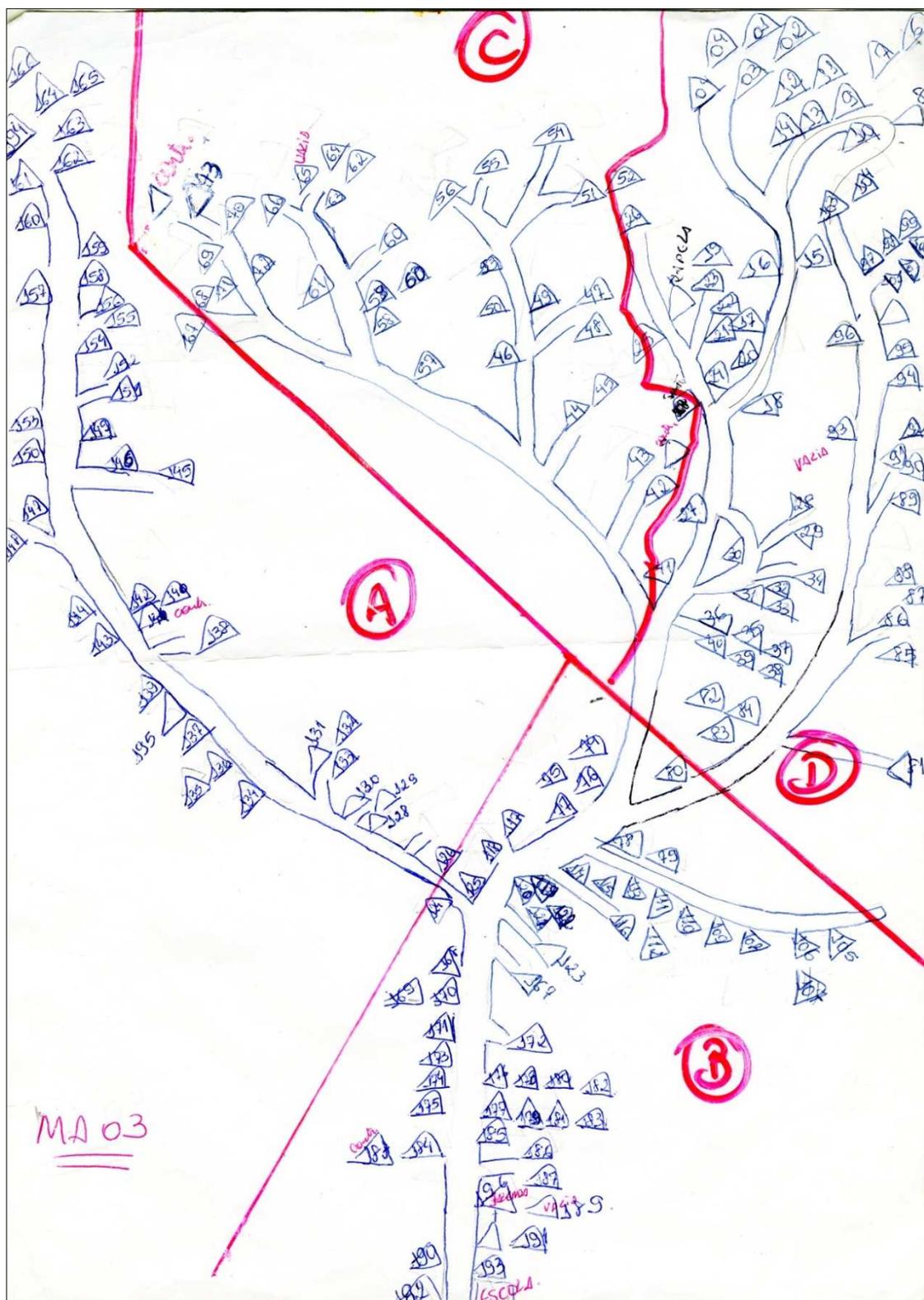
Mapa 10: Microárea 2 – Três Pedras – divisão por zonas A, B, C e D.

(obs: as casas estão numeradas. Os domicílios com pacientes hipertensos estão sinalizados em vermelho e com pacientes diabéticos em preto)



Fonte: Posto de Saúde da Família do Caxambu.

Mapa 11: Microárea 3 – “Pra cima da Igreja” – divisão por zonas A, B, C e D.
 (obs: as casas estão numeradas, estão sinalizadas, capela, escola e casas vazias)



Fonte: Posto de Saúde da Família do Caxambu.

Mapa 12: Microárea 4 – Mata do Banco – divisão por zonas A, B, C e D.

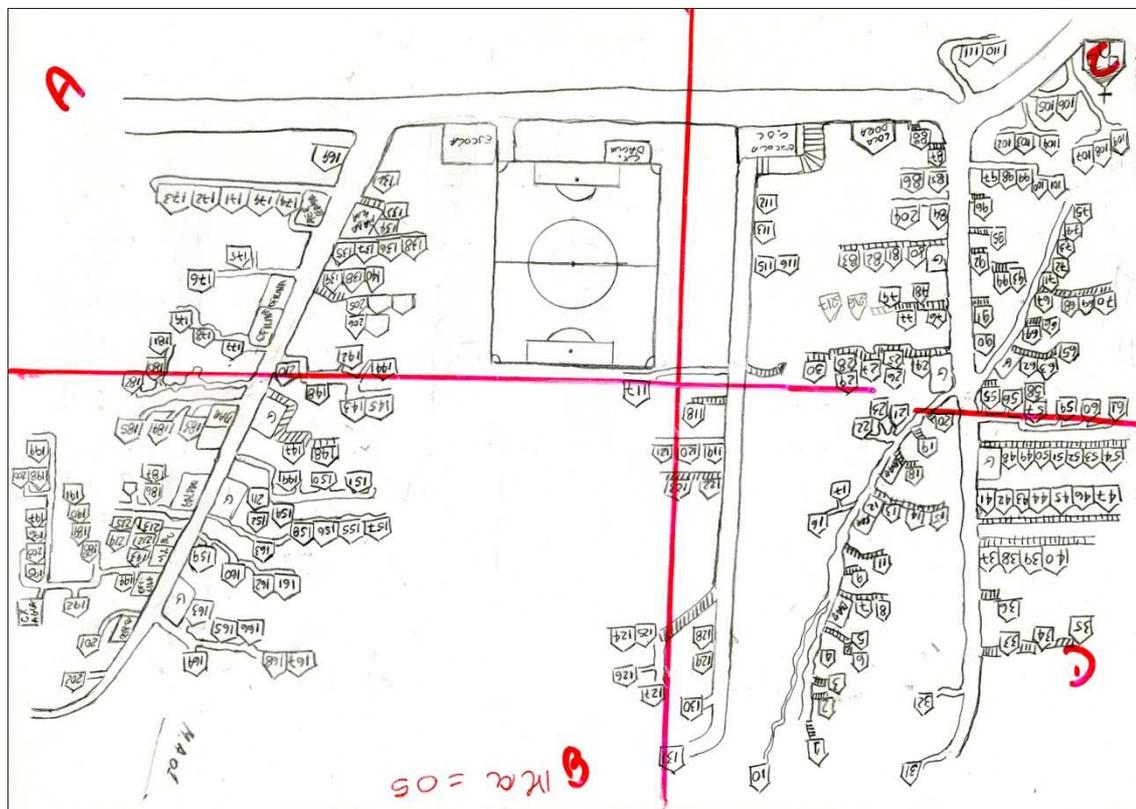
(obs: as casas estão numeradas e sinalizadas por nome de moradores, destaque para o Posto de Saúde da Família e para o campo de futebol).



Fonte: Posto de Saúde da Família do Caxambu.

Mapa 13: Microárea 5 – Joaquim Ribeiro da Mota – divisão por zonas A, B, C e D.

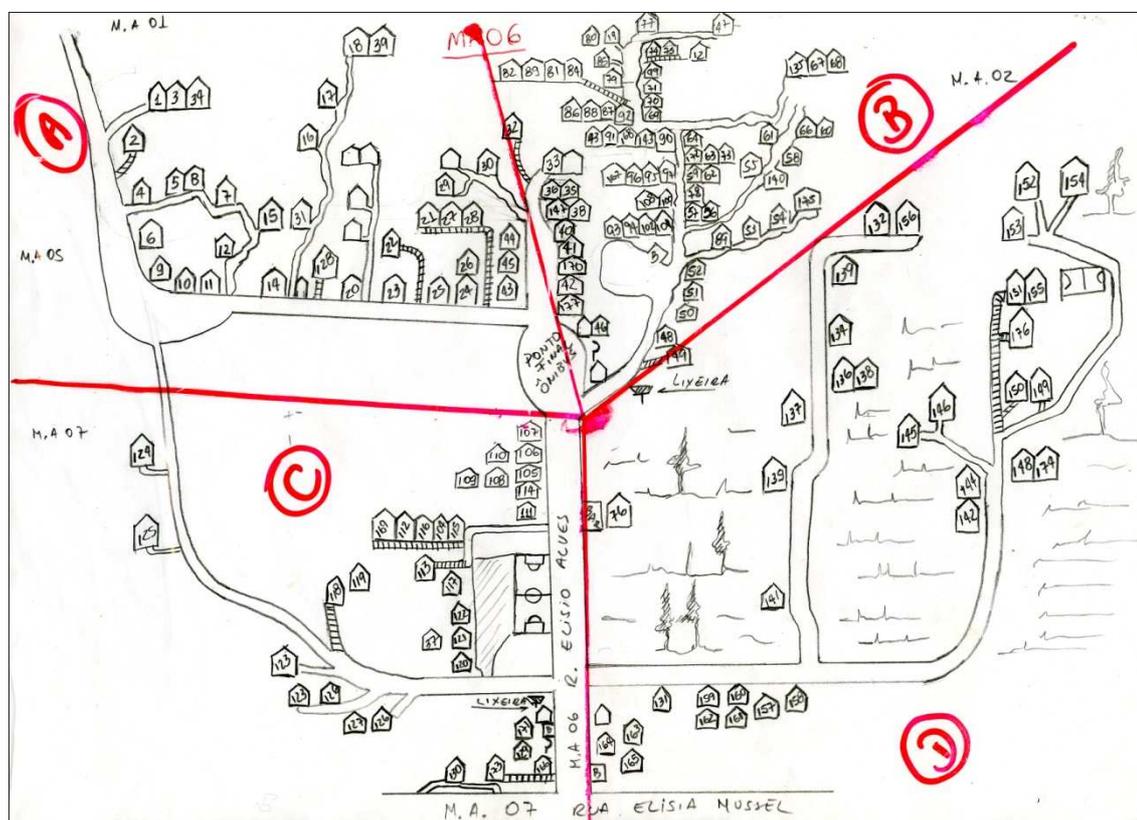
(obs: as casas estão numeradas, estão sinalizados a Igreja São Charbel (onde está a creche), a escola, o prédio antigo da antiga escola, o campo de futebol, locadora, lixeira e o limite com a microárea 1)



Fonte: Posto de Saúde da Família do Caxambu.

Mapa 14: Microárea 6 – Elisio Alves – divisão por zonas A, B, C e D.

(as casas estão numeradas, há indicação dos limites com outras microáreas, estão sinalizadas as ruas, o campo de futebol, ponto de ônibus e lixeiras)



Fonte: Posto de Saúde da Família do Caxambu.

ANEXO I - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS SUPERVISORES E DIRETOR DA ATENÇÃO BÁSICA

Temas norteadores:

- 1) Processo de implantação da ESF em Petrópolis.
- 2) Coordenação da Estratégia de Saúde da Família em Petrópolis
- 3) Processo de trabalho dos supervisores na ESF no município.
- 4) Critérios de definição dos territórios para implantação de unidades de saúde da Família.
- 5) Critérios de escolha dos profissionais para o trabalho na ESF.
- 6) Histórico de implantação e características da Unidade de Saúde da Família selecionada.
- 7) Atribuições do processo de trabalho das equipes de saúde da família no município.
- 8) Participação da supervisão nas atividades das equipes.
- 9) Avaliação do processo de trabalho das equipes de saúde da família pela supervisão.
- 10) Diagnóstico da situação de saúde pelas equipes de Saúde da Família.
- 11) Educação Permanente na ESF.
- 12) Capacitação para as equipes sobre diagnóstico de situação de saúde no território.
- 13) Fluxos do processo de produção de informação e conhecimento voltados para a análise da situação de saúde no território.

ANEXO II - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Perfil do entrevistado:

- 1- Sexo
- 2- Idade
- 3- Estado civil
- 4- Naturalidade
- 5- Nível de escolaridade
- 6- Categoria profissional
- 7- Vínculo de trabalho
- 8- Tempo de atuação profissional
- 9- Tempo de atuação na ESF
- 10- Tempo de atuação na equipe

Temas norteadores:

- 1- Histórico de implantação da Unidade de Saúde da Família.
- 2- Realização do diagnóstico de saúde da população no território. Instrumentos utilizados para o conhecimento do território.
- 3- Conhecimento dos profissionais sobre a situação de saúde da população e sua relação com os problemas de saúde, necessidades sociais de saúde, condições de vida e enfrentamento da população frente a eles.
- 4- Jornada de trabalho dos profissionais
- 5- Trabalho interdisciplinar e produção de conhecimento sobre a situação de saúde no território.
- 6- Processo de trabalho da equipe com caracterização das práticas quanto a: objetivos, serem em equipe ou individuais, produção de informações sobre a situação de saúde no território, participação da comunidade e locais de realização das mesmas.
- 7- Especificidades das atividades da categoria profissional no processo de produção de informação e conhecimento da situação de saúde no território.
- 8- Interação equipe-comunidade. Incorporação do conhecimento da população na análise da situação de saúde no território.

- 9- Utilização das informações produzidas a partir do SIAB para o diagnóstico de saúde da população no território. Potencialidades e limitações dessas informações para o diagnóstico da situação de saúde local.
- 10- Produção de informações, além das produzidas pelo SIAB, no processo de trabalho da equipe sobre a situação de saúde no território: instrumentos utilizados pela equipe, práticas e atividades relacionadas à produção dessas informações, fluxo, sistematização e utilização das mesmas para o diagnóstico de saúde no território.
- 11- Processo de Educação Permanente: capacitações da equipe relacionadas ao diagnóstico da situação de saúde no território, se demandas da equipe são ouvidas na programação da Educação Permanente.

ANEXO III - ROTEIRO PARA A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação focalizará os seguintes elementos significativos:

- 1- Ambiente de trabalho, espaços de interação entre os profissionais da equipe e da equipe com a população (que não necessariamente serão dentro da unidade).
- 2- Relacionamento entre os profissionais da equipe: linguagem verbal e não verbal, hierarquias.
- 3- Organização do trabalho da equipe
- 4- Práticas e atividades desenvolvidas na rotina de trabalho: visitas domiciliares; atividades coletivas, formas de acolhimento à população, reuniões com a comunidade e demais atividades.
- 5- Reuniões de equipe: vozes predominantes, temas, produção de informações sobre a situação de saúde no território.
- 6- Fechamento da produção da equipe e dos consolidados do SIAB: produção de informações sobre o território e a situação de saúde da comunidade.
- 7- Registro e sistematização de outras informações produzidas pela equipe no seu processo de trabalho.
- 8- Participação comunitária no processo de trabalho da equipe : atividades coletivas, locais de interação com a população, frequência destas interações, vínculo da equipe com a população, parcerias com associações e grupos comunitários.
- 9- Participação da supervisão no processo de trabalho da equipe.

ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(COORDENAÇÃO)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“O TERRITÓRIO NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO LOCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O CASO DO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS”** desenvolvida por Adriana de S. Thiago Papinutto para obtenção de título de Mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz. Você foi selecionado(a) por trabalhar na Coordenação da Estratégia de Saúde da Família no município de Petrópolis. No caso de concordar em participar, por favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com as instituições envolvidas.

A presente pesquisa tem como objetivo principal compreender, a partir de suas práticas e experiências, como a equipe no seu processo de trabalho vem produzindo conhecimento sobre a situação de saúde no território onde atua. Sua participação consistirá em participar de uma entrevista, que será gravada para posterior análise, sobre o contexto político organizacional da implementação da ESF no município de Petrópolis.

Os dados poderão ser utilizados em apresentações em eventos científicos e publicação em periódico especializado. A mudança de nome e a omissão de informações que possam levar ao seu reconhecimento serão os meios de garantia de confidencialidade e sigilo quanto a sua identificação direta ou indireta. Sua participação não será remunerada e nem haverá nenhum gasto de sua parte.

A pesquisa pretende contribuir para o processo de Educação Permanente e para o aprimoramento do processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas, serão esclarecidas com a pesquisadora no endereço: Rua Hívio Naliato 169, Cascatinha – Petrópolis - RJ; Tel: 24-81340334 ou 24- 22460062 e pelo e-mail: astpapuritto@hotmail.com ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP**: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Térreo Mangueiras - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 Tel e Fax - (21) 2598-2863 e pelo e-mail : cep@ensp.fiocruz.br .

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Petrópolis, ____ de ____ de 2010.

Sujeito da pesquisa

ANEXO V – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**O TERRITÓRIO NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO LOCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O CASO DO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS**” desenvolvida por Adriana de S. Thiago Papinutto para obtenção de título de Mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz. Você foi selecionado(a) por trabalhar em uma equipe de saúde da família, neste município, que está completa e implantada há mais de dois anos. No caso de concordar em participar, por favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com as instituições envolvidas.

A presente pesquisa tem como objetivo principal compreender, a partir de suas práticas e experiências, como a equipe no seu processo de trabalho vem produzindo conhecimento sobre a situação de saúde no território onde atua. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista, a qual será gravada para posterior análise, e partilhar o cotidiano do seu processo de trabalho com a pesquisadora durante o período da pesquisa.

Os dados poderão ser utilizados em apresentações em eventos científicos e publicação em periódico especializado. A mudança de nome e a omissão de informações que possam levar ao seu reconhecimento serão os meios de garantia de confidencialidade e sigilo quanto a sua identificação direta ou indireta. Sua participação não será remunerada e nem haverá nenhum gasto de sua parte.

A pesquisa pretende contribuir para o processo de Educação Permanente e para o aprimoramento do processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas, serão esclarecidas com a pesquisadora no endereço: Rua Hívio Naliato 169, Cascatinha – Petrópolis - RJ; Tel: 24-81340334 ou 24- 22460062 e pelo e-mail: astpapunutto@hotmail.com ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP**: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Térreo Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 Tel e Fax - (21) 2598-2863 e pelo e-mail : cep@ensp.fiocruz.br .

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Petrópolis, ____ de ____ de 2010.

Sujeito da pesquisa

ANEXO VI - TERMO DE AUTORIZAÇÃO

**AUTORIZAÇÃO**

Concedo autorização à mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz, Adriana de S. Thiago Papinutto, para desenvolver a pesquisa **“O TERRITÓRIO NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO LOCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O CASO DO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS”**. A pesquisadora poderá ter acesso a documentos e registros administrativos relativos à Estratégia de Saúde da Família no município e ao contexto do Sistema Municipal de Saúde, assim como realizar entrevistas com os profissionais que atuam na Coordenação e na Unidade de Saúde da Família (USF) selecionada. A pesquisadora também poderá realizar a observação participante do processo de trabalho nesta USF durante o tempo de desenvolvimento da presente pesquisa.

Petrópolis, _____ de _____ de 2010.

Secretária de Saúde do Município de Petrópolis/RJ

